

1000 DE BOLI PE ÎNȚELESUL TUTUROR

volumul 1

O ENCICLOPEDIE MEDICALĂ INDISPENSABILĂ FAMILIEI

Ch. Prudhomme, J.-F. D'Ivernois

1000 DE BOLI

PE ÎNȚELESUL TUTUROR

Ch. Prudhomme J.-F. D'Ivernois

1000 DE BOLI

PE ÎNȚELESUL TUTUROR

Traducere: dr. COSMIN POP

Editura ORIZONTURI

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
PRUDHOMME, CHRISTOPHER
1000 de boli pe înţelesul tuturor / Ch. Prudhomme,
J. -F. D' Ivernois. - Ed. a 2-a. - Bucureşti : Orizonturi, 2012
2 vol.
ISBN 978-973-736-161-5
Vol. 1. - Bibliogr. - ISBN 978-973-736-162-2
I. D'Ivernois, Jean-François
II. Pop, Cosmin (trad.)
81'374.2:616=135.1

NOTĂ PENTRU CITITORI

Dorinţa de a înţelege mai bine o boală apare uneori din curiozitate, dar mai frecvent atunci cînd sîntem confruntaţi cu ea direct sau prin intermediul celor apropiaţi. Ezităm să cerem explicaţii medicilor sau asistentelor şi chiar dacă aceştia ne transmit informaţii, ele nu sînt întotdeauna uşor de înţeles.

Această lucrare doreşte să ofere informaţii concise şi uşor de înţeles despre peste 1000 de boli – de la cele mai frecvente pînă la cele mai rare – tuturor celor care nu au întotdeauna posibilitatea sau disponibilitatea de a se cufunda în lucrări mai voluminoase şi mai complexe.

Prezentarea în ordine alfabetică, completată de două indexuri – unul pe categorii de boli şi unul general, situate la sfîrşitul cărţii – facilitează accesul la informaţia dorită.

Fiecare boală este prezentată după acelaşi tipic:

Definiţie şi cauze,
Frecvenţă,
Semne şi simptome,
Investigaţii,
Evoluţie şi complicaţii,
Tratament,
Prevenţie şi educaţie.

Afecţiunile cele mai frecvente sînt prezentate în detaliu, în timp ce bolile mai rare sînt descrise mai sumar.

Întrucît bolile pot avea mai multe denumiri, cititorul este trimis uneori prin intermediul inserţiei „vezi“ la o altă denumire. Pe de altă parte, termenii scrişi în text cu vişiniu indică posibilitatea de a face referire la un alt articol, pentru obţinerea mai multor precizări.

În plus, unele adnotări din text – sub forma unui A urmat de cifre (prima cifră reprezintă numărul planşei, a doua cifră: numărul legendei, a treia cifră între paranteze: numărul desenului de pe planşă) – invită la consultarea planşelor anatomice color, care permit vizualizarea diferitelor organe şi înţelegerea mai bună a mecanismelor anumitor boli.

În fine, veţi găsi de asemenea:

- un mic atlas ilustrat al celor mai frecvente afecţiuni ale pielii (semnalarea se face printr-un D urmat de numărul paginii la nivelul titlului bolii),
- curbe de creştere, de talie şi de greutate,
- calendarul oficial al vaccinărilor,
- sfaturi pentru călători,
- informaţii despre cîteva analize de laborator.

Pentru a respecta o dimensiune rezonabilă a cărţii, nu am tratat totalitatea maladiilor genetice, majoritatea foarte rare. Sperăm totuşi că această lucrare va răspunde primelor dumneavoastră întrebări şi vă va îndemna, poate, spre alte căutări, pentru a afla mai multe.

A

ABCESUL ANORECTAL

◆ **Definiţie şi cauze**

Acumulare de puroi într-o cavitate formată în jurul rectului [A 12-13], pornind de la un pliu al peretelui, care se infiltrează între muşchii de la acest nivel (muşchi ce permit închiderea anusului). Cauzele pot fi reprezentate de afecţiuni intestinale inflamatorii (diverticulită, boala Crohn, rectocolita ulcero-hemoragică), sau de intervenţii chirurgicale anterioare.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune relativ frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Dacă abcesul este superficial, apare o umflătură (tumefacţie) roşie şi dureroasă. Abcesele profunde pot afecta întregul organism, cu febră şi stare de oboseală. In acest caz, tuşeul rectal pune în evidenţă o formaţiune rotundă, dureroasă.

◆ **Investigaţii**

Simplul examen clinic este suficient pentru stabilirea diagnosticului. Uneori poate fi utilă rectoscopia (examinarea rectului cu ajutorul unui tub rigid).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie o reprezintă apariţia spontană a unei căi de comunicare între abces şi piele, vagin sau vezica urinară, prin formarea unui conduct prin care se scurge puroiul (fistulă).

◆ **Tratament**

O mică intervenţie chirurgicală permite deschiderea abcesului şi evacuarea puroiului (incizie şi drenaj).

ABCESUL CEREBRAL

◆ **Definiţie şi cauze**

Acumulare de puroi în interiorul creierului. Cel mai frecvent punct de pornire este o infecţie situată fie în vecinătate (infecţie în sfera ORL), fie la distanţă (infecţii pulmonare sau abdominale, infecţii ale valvelor sau ale învelişului intern al inimii, numite endocardite), germenii ajungînd în creier pe calea circulaţiei sangvine. Traumatismele şi intervenţiile chirurgicale în această regiune reprezintă cauze mai rare.

◆ **Frecvenţă**

Sînt expuşi în special pacienţii la care mecanismele de apărare ale organismului sînt alterate (bolnavi de SIDA, alcoolici etc.)

◆ **Semne şi simptome**

Sînt prezente în acelaşi timp semne de infecţie generalizată (febră, astenie fizică importantă etc.) cît şi tulburări neurologice legate de compresia exercitată de către abces asupra creierului (dureri de cap, vărsături, tulburări ale vederii, convulsii, paralizii etc.), tulburări care pot ajunge pînă la comă.

◆ **Investigaţii**

Tomografia computerizată şi examenul IRM (imagistică prin rezonanţă magnetică) permit vizualizarea şi localizarea abcesului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă care poate determina sechele neurologice şi poate fi mortală dacă diagnosticul nu este pus înainte de stadiul de comă.

◆ **Tratament**

Este complex, asociind administrarea de antibiotice pentru combaterea infecţiei şi intervenţia chirurgicală pentru evacuarea abcesului. Ca în majoritatea bolilor care afectează creierul, sînt necesare şi medicamente pentru prevenirea convulsiilor.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia constă în diagnosticarea şi tra

tarea precoce a infecţiilor ORL, care pot sta la originea unui abces cerebral.

ABCESUL CUTANAT (VEZI) ANTRAX, FOLICULITĂ, FURUNCUL.

Acumulare de puroi, bine delimitată, la nivelul pielii care produce o umflătură (tumefacţie), în general dureroasă, înconjurată de o zonă roşie (eritem). Abcesele sînt adesea consecinţele unor mici răni la nivelul pielii. Tratamentul constă într-o incizie pentru deschiderea abcesului şi evacuarea puroiului.

ABCESUL HEPATIC

◆ **Definiţie şi cauze**

Acumulare de puroi la nivelul ficatului. Orice germen poate fi implicat, inclusiv paraziţii, cum ar fi amibele (amibiaza). Bacteriile mai frecvent întîlnite provin dintr-o infecţie situată în vecinătate (infecţie a veziculei biliare, apendicită etc.), dintr-o infecţie generalizată (septicemie) sau dintr-un hematom traumatic al ficatului, care s-a infectat. Amibele sînt ingerate prin intermediul apei sau al alimentelor contaminate, trecînd apoi din intestin în ficat.

◆ **Frecvenţă**

Abcesele hepatice reprezintă 15% din totalul abceselor localizate în abdomen. Amibiaza afectează, conform OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii), 10% din populaţia mondială (în zonele tropicale şi intertropicale), determinînd îmbolnăvirea ficatului în peste 50% din cazuri.

◆ **Semne şi simptome**

Asociază o durere intensă sub coaste, la nivelul ficatului, care iradiază spre umărul drept şi se accentuează în inspir, cu febră şi cu alterarea stării generale. Ficatul este mărit de volum şi depăşeşte cu mult în jos coastele în partea dreaptă. În amibiază apare uneori şi un revărsat pleural în partea dreaptă (lichid la nivelul pleurei, foiţă ce înveleşte plămînul).

◆ **Investigaţii**

Ecografia şi tomografia computerizată localizează abcesul şi permit puncţionarea lui. Agentul patogen poate fi căutat în sînge sau în scaun. În cazul unei amibiaze, prezenţa în sînge a anticorpilor împotriva amibelor permite suspectarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Cele două complicaţii principale sînt ruptura abcesului şi generalizarea infecţiei.

◆ **Tratament**

Tratamentul cuprinde antibiotice adecvate pentru germenele sau parazitul în cauză, completat eventual cu puncţionarea abcesului pentru evacuarea puroiului. Dacă riscul de ruptură a abcesului este important, se impune intervenţia chirurgicală.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Pentru amibiază, prevenţia generală constă în ameliorarea condiţiilor sanitare şi tratarea persoanelor care au amibe în scaun, chiar dacă nu sînt bolnave (purtători asimptomatici). La nivel individual, ea implică spălarea mîinilor după fiecare utilizare a toaletei şi înainte de fiecare masă, ingestia de apă filtrată sau tratată, spălarea fructelor şi a crudităţilor cu apă curată.

ABCESUL PERIAMIGDALIAN SAU (VEZI) FLEGMONUL AMIGDALIAN

ABCESUL PULMONAR

◆ **Definiţie şi cauze**

Formarea unei cavităţi pline cu puroi în interiorul unui plămîn, în urma distrugerii unei zone de ţesut pulmonar de către o infecţie (pneumonie, tuberculoză). Germenii provin fie dintr-o infecţie ORL (sinuzită, otită), fie din sînge în urma unei infecţii generalizate (septicemie).

◆ **Frecvenţă**

Devenit mult mai puţin frecvent prin utilizarea largă a antibioticelor, acest abces survine mai ales la persoane cu o stare de sănătate precară (alcoolici, toxicomani etc.).

◆ **Semne şi simptome**

Prima etapă constă dintr-o infecţie pulmonară acută (pneumonie). Apare apoi tuse cu expectoraţie purulentă, urît

mirositoare, febră şi alterarea stării generale (astenie, lipsă de putere etc.)

Investigaţii

Radiografia pulmonară (completată de tomografia computerizată) arată o imagine rotunjită, umplută parţial cu lichid. Analizele de sînge arată o creştere a numărului de globule albe şi semne de infecţie (viteză de sedimentare a hematiilor crescută). Pentru alegerea antibioticelor este indispensabilă izolarea germenelui responsabil din sînge (hemoculturi) şi din plămîni (cu ajutorul unui bronhoscop introdus în plămîni trecînd prin cavitatea bucală, dispozitiv care permite vizualizarea bronhiilor şi prelevarea de puroi).

Evoluţie şi complicaţii

In general, antibioticele permit vindecarea, dar este vorba de o boală gravă, care se poate generaliza (septicemie) şi care poate fi chiar mortală la persoane cu probleme de sănătate. De asemenea, după vindecare poate persista în plămîn o cavitate reziduală, care se poate reinfecta.

Tratament

Asociază antibiotice şi kineziterapie. De asemenea, trebuie tratate infecţiile cronice ORL ce pot determina abcese.

ABCESUL PROSTATIC

[illegible]

Acumulare de puroi la nivelul prostatei. Este o complicaţie a unei infecţii a căilor urinare sau a organelor genitale (prostatită, uretrită şi epididimită). Pacientul, în vîrstă de 40 pînă la 60 ani, prezintă dificultăţi la urinat, durere în zona organelor genitale, scurgere de puroi şi febră. Uneori semnele sînt foarte reduse ca intensitate şi descoperirea abcesului se face întîmplător, cu ocazia unei intervenţii asupra prostatei. Tratamentul constă în evacuarea chirurgicală a puroiului şi antibiotice.

ABCESUL RETROFARINGIAN

Acumulare de puroi în spatele peretelui posterior al gîtului (în spatele faringelui [A 11]). În general acest abces apare la sugari şi copiii mici, în urma unei infecţii ORL. Semnele sînt: durerea la deglutiţie (la înghiţit), febra, mărirea ganglionilor de la nivelul gîtului şi uneori apariţia unor dificultăţi în respiraţie (în funcţie de mărimea abcesului). Tomografia computerizată stabileşte diagnosticul. Complicaţiile posibile sînt scurgerea de sînge în bronhii ca urmare a unei hemoragii, sau de puroi prin deschiderea spontană a abcesului, ceea ce poate duce la asfixiere. Tratamentul este chirurgical pentru evacuarea abcesului şi administrarea de antibiotice.

ABCESUL RETROPERITONEAL

Complicaţie a unei apendicite, a unei perforaţii a stomacului sau a intestinului (diverticulită sau tumoră), a unei infecţii intestinale sau a unei pancreatite. Principalele simptome sînt febra, cu dureri la nivelul abdomenului, şoldului şi coapsei. Tomografia computerizată permite stabilirea diagnosticului. Tratamentul constă în evacuarea chirurgicală a abcesului şi antibiotice.

ABSTINENŢA (SINDROMUL DE) SAU (VEZI) SEVRAJUL LA OPIACEE

ACALAZIA ESOFAGULUI SAU MEGAESOFAGUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Anomalie a esofagului ce provoacă o jenă la înghiţit. Coborîrea alimentelor este perturbată deoarece există o anomalie de coordonare nervoasă a muşchilor care înconjoară esofagul, în special a celui care închide intrarea în stomac (sfincterul esofagian inferior) şi care rămîne contractat în permanenţă. Cauza acestei disfuncţii este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune rară, afectînd atît femeile cît şi bărbaţii spre mijlocul vieţii.

◆ **Semne şi simptome**

Se asociază:

1. Dificultate de a înghiţi (disfagie), atît alimentele solide cît şi băuturile, inter-

mitentă şi foarte variabilă de la o zi la alta.
2. Întoarceri ale alimentelor, iniţial în cursul meselor (regurgitaţii preprandiale), apoi noaptea, declanşînd şi tuse.
3. Dureri în spatele sternului în timpul înghiţirii (deglutiţiei).

◆ **Investigaţii**

O radiografie a esofagului după înghiţirea unei substanţe opace (tranzit baritat) permite vizualizarea anomaliilor. De asemenea este utilizată şi măsurarea presiunilor din interiorul esofagului (manometrie). Endoscopia (introducerea pe gură a unui tub prevăzut cu un sistem optic care coboară pînă în esofag) este un examen util pentru excluderea altor maladii, în special a unui cancer.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul permite în general o evoluţie bună. Complicaţiile sînt reprezentate de riscul de trecere a alimentelor în plămîni (aspirare bronşică), precum şi de denutriţia legată de dificultăţile de alimentare. Există şi un risc redus de transformare în cancer (5% din cazuri).

◆ **Tratament**

Obiectivul tratamentului este dilatarea porţiunii inferioare a esofagului, fie cu ajutorul unor sonde gonflabile, fie printr-o intervenţie chirurgicală. Anumite medicamente (nitroglicerina sau nifedipina) pot fi eficiente, diminuînd contracţia sfincterului de la intrarea în stomac.

ACANTHOSIS NIGRICANS

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune a pielii caracterizată prin apariţia de plăci de piele îngroşată de culoare gri murdar la nivelul gîtului, al axilelor şi al abdomenului. Există mai multe forme: o formă legată de prezenţa unui cancer (numită paraneoplazică) localizat cel mai adesea la nivelul stomacului; o formă benignă, care poate fi ereditară sau asociată unei dereglări hormonale cu exces de insulină, sau indusă de medicamente; o formă numită pseudo-acanthosis nigricans la indivizii obezi cu tenul închis.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune rară.

◆ **Semne şi simptome**

Asociază prezenţa de plăci cu tentă cenuşie ce îngroaşă pliurile şi se închid progresiv la culoare, de excrescenţe ataşate printr-un picioruş mai subţire (numite pendulum) şi de mici tumori asemănătoare verucilor (negilor) care pot afecta în egală măsură faţa şi mîinile. Este posibilă şi atingerea mucoaselor, cu o limbă care apare acoperită de mici proeminenţe avînd aspect de perişori (vilozităţi).

◆ **Investigaţii**

În cazul suspectării unei forme canceroase trebuie căutată o tumoră, în primul rînd una digestivă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În formele ereditare sau de pseudo-acanthosis, se produce o accentuare a afecţiunii la pubertate şi ulterior regresie. Formele medicamentoase regresează la întreruperea tratamentului. Prognosticul formelor paraneoplazice este legat de cel al cancerului cu care se asociază.

◆ **Tratament**

Singurul tratament este cel al cauzei.

ACCIDENTELE DE DECOMPRESIUNE SAU BOALA DE CHESON

◆ **Definiţie şi cauze**

Accident de scufundare cauzat de formarea bulelor de azot în ţesuturi, ca urmare a unei ascensionări prea rapide. În timpul scufundării, creşterea presiunii din jur determină creşterea concentraţiei de azot dizolvat în organism; dacă ascensiunea este prea rapidă (nerespectarea palierelor), azotul nu este eliminat şi duce la apariţia de accidente.

◆ **Frecvenţă**

Accident rar, dar grav.

◆ **Semne şi simptome**

Accidentele benigne se traduc prin semne cutanate („purici" şi „furnici": arsuri, furnicături, mîncărimi, erupţii etc.) şi articulare (dureri insuportabile la nivelul articulaţiilor mari). Accidentele grave sînt neurologice, legate de ocluzia unui vas printr-o bulă de gaz ce împiedică aportul oxigenului la ce-

lulele nervoase. Ele pot afecta urechea și se numesc vestibulare (amețeli, tulburări de echilibru), creierul (producînd paralizia unei părți a corpului) și măduva spinării (determinînd, în funcție de nivelul atins: paralizia picioarelor sau paraplegie, paralizia mîinilor și a picioarelor sau tetraplegie).

Evoluție și complicații

Este un accident grav, care se poate afla la originea unor paralizii definitive și care uneori poate fi chiar mortal.

Tratament

Recompresia cît mai rapid posibil într-un cheson hiperbar permite uneori rezultate spectaculoase. Tratamentul în timpul transferului cuprinde administrarea de oxigen, de perfuzii pentru hidratare și de aspirină pentru fluidificarea sîngelui (ameliorarea circulației în zonele în care vasele sînt înfundate).

Prevenție și educație

Prevenția se rezumă la respectarea regulilor de securitate și a palierelor de decompresiune în timpul urcării la suprafață.

ACCIDENTELE VASCULARE CEREBRALE (AVC)

◆ **Definiție și cauze**

Tulburări neurologice (paralizii, pierdere a vorbirii etc.) provocate de înfundarea unui vas cerebral sau de o hemoragie în interiorul creierului. În 80% din cazuri este vorba despre accidente ischemice (ACI), numite de asemenea infarcte cerebrale. Ele sînt datorate ocluziei unei artere printr-un cheag care se formează local pe pereții deteriorați ai vasului (ateroscleroză), sau care provine din inimă (embolie).

În 20% din cazuri este vorba despre accidente hemoragice (AHC). Ele sînt datorate hipertensiunii arteriale, unei tumori, unui traumatism, unor anomalii ale vaselor sau unor factori predispozanți particulari (tratament anticoagulant, alcoolism, tulburări ale coagulării sîngelui etc.)

◆ **Frecvență**

În țările dezvoltate se înregistrează în ultimii 30 de ani o scădere de 50%, datorită măsurilor de prevenire a factorilor de risc. Vîrsta medie de apariție este de 70 ani (10% din cazuri, adică 10 pînă la 15 000/an, înainte de 45 de ani) cu o ușoară predominanță la sexul masculin.

◆ **Semne și simptome**

În accidentele ischemice (ACI), debutul este brutal sau progresiv, cu tulburări neurologice nete, de tipul hemiplegiei (paralizia unei jumătăți a corpului), afaziei (dispariția vorbirii), sau pierderii vederii în jumătatea unui cîmp vizual (hemianopsie laterală omonimă) etc.

În accidentele hemoragice (AHC), semnele apar cel mai adesea progresiv, uneori precedate de dureri de cap (cefalee) și/sau vărsături; tulburările sînt adesea severe, cu instalarea comei și agravare progresivă.

◆ **Investigații**

Tomografia computerizată și examenul IRM permit diagnosticul (imaginile din ACI nu apar uneori decît mai tîrziu). În cazul unui AHC la un subiect tînăr, este indicată angiografia (examen radiologic cu injectarea unei substanțe de contrast care permite vizualizarea arterelor) pentru căutarea unei malformații vasculare ce se poate opera.

◆ **Evoluție și complicații**

Recuperarea completă este posibilă, dar în 8 cazuri din 10 persistă sechele mai mult sau mai puțin importante. Este o afecțiune serioasă, care se poate agrava progresiv, determinînd convulsii, comă și moarte cerebrală.

◆ **Tratament**

În cazul ACI, tratamentul are ca obiectiv dizolvarea cheagului și mai ales evitarea extinderii sale și agravării simptomelor. Medicamentele utilizate sînt aspirina și uneori anticoagulantele, ca și antihipertensivele (menținerea unei tensiuni arteriale adecvate este esențială). În AHC se va căuta și se va trata o eventuală malformație a vaselor cerebrale (prin chirurgie sau ocluzionare, introducînd o sondă prin artere pînă la locul malformației). În toate cazurile, îngrijirile generale inițiale sînt esențiale: alimentație

adaptată şi băuturi în cantitate suficientă (perfuzie în caz de dificultăţi la înghiţire), schimbări ale poziţiei pentru a evita apariţia unor leziuni ale pielii (escare) şi poziţiile vicioase ale membrelor paralizate etc. După faza acută, recuperarea va fi încurajată printr-o reeducare efectuată de personal specializat (kinetoterapeuţi, logopezi etc.)

◆ **Prevenţie**

Prevenţia este cea a factorilor de risc: hipertensiunea arterială (tratamentul acesteia reduce cu 50% producerea ACI), fumatul, diabetul, hipercolesterolemia. Dacă accidentul iniţial a fost provocat de o embolie, va fi necesar în continuare un tratament pentru fluidificarea sîngelui, cu aspirină sau medicamente anticoagulante.

ACCIDENTUL ISCHEMIC TRANZITOR (AIT)

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburări neurologice (paralizii, pierderea vorbirii etc.) apărute brusc şi care dispar în mai puţin de 24 ore (în general în mai puţin de o jumătate de oră). Cauza este ocluzia unui vas cerebral printr-un cheag de sînge, care ulterior se dizolvă spontan. Acest cheag poate fie să se formeze pe loc atunci cînd arterele sînt în stare precară (diabet, fumat, hipertensiune etc.), fie să provină dintr-o arteră mai îndepărtată, în special de la nivelul gîtului (carotida), de unde se detaşează urcînd în creier, unde se blochează într-o arteră cu diametru mai mic. De asemenea, el poate să provină din inimă atunci cînd valvele sînt deteriorate sau cînd inima bate neregulat. În fine, cauza poate fi o boală care face sîngele prea uşor coagulabil.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă 20% din totalul accidentelor vasculare cerebrale.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă prin apariţia unei paralizii sau a unei tulburări de vorbire, cu instalare brutală, care dispare rapid (în medie în 10–20 minute), cu recuperare completă.

◆ **Investigaţii**

Tomografia computerizată este indispensabilă pentru excluderea unei hemoragii cerebrale. Un bilanţ, necesitînd cel mai adesea spitalizare, este necesar şi cuprinde un examen al arterelor gîtului şi al inimii prin ecografie, o electrocardiogramă şi investigarea stării de coagulare a sângelui.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Există riscul de a face în lunile sau în anii următori un nou accident, în cursul căruia semnele nu vor mai regresa. Acest risc este estimat la 25% în primii 5 ani după accidentul iniţial.

◆ **Tratament**

Se utilizează medicamente care permit fluidificarea sîngelui, dizolvarea cheagurilor restante şi evitarea formării de noi cheaguri. Este vorba în esenţă de heparină, aspirină şi clopidogrel (Plavix®)

Prevenţie

Prevenirea factorilor de risc ai alterării arterelor (diabet, fumat, hipertensiune etc.) este esenţială. Cînd carotidele sînt în stare precară (îngustare prin plăci de aterom) este necesară intervenţia chirurgicală pentru desfundarea lor (endarterectomie).

ACNEEA (DH)

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune caracterizată prin inflamaţia foliculului pilos (foliculită), care produce sebumul, o substanţă grasă care protejează pielea şi previne uscarea ei. Factorii favorizanţi sînt hipersecreţia de sebum şi de hormoni masculini (androgeni) sau infecţia foliculilor datorată unor bacterii. Este suspectat un factor genetic, iar anumite medicamente pot avea un efect favorizant (corticoizii, progesteronul la femei etc.)

◆ **Frecvenţă**

Acneea afectează 80% dintre adolescenţii de ambe sexe

◆ **Semne şi simptome**

Se observa, în funcţie de formă, comedoane deschise (puncte negre), comedoane închise (puncte albe), papule (proeminenţe roşii în jurul foliculului

obstruat), pustule şi noduli inflamaţii care se transformă în abcese.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia se face în puseuri, pornind de la pubertate pînă la 25–30 ani, vîrstă la care acneea dispare în mod obişnuit. Există adesea o agravare în timpul iernii şi o ameliorare în timpul verii. Formele grave pot lăsa cicatrice. Pe de altă parte, răsunetul psihologic este important.

Tratament

Utilizează keratolitice care combat comedoanele (vitamina A acid sau tretinoin, ca de ex. Airol Roche®, Retin-A®, Smoodeerm®), antiseboreice (cyproteron acetat [Diane 35®, Climen®], isotretinion [Roaccutane®], antiinflamatorii (peroxid benzoil) şi în fine antibiotice în administrare locală sau pe cale generală. Curăţarea pielii şi extracţia comedoanelor sînt de asemenea utile.

ACROCIANOZA

Definiţie şi cauze

Tulburări ale circulaţiei la nivelul degetelor de la mîini şi de la picioare (mai rar la nivelul nasului şi urechilor), a căror cauză ar fi legată de o încetinire a mişcării sîngelui în venele situate imediat sub piele. Frigul şi emoţiile sînt factorii declanşatori obişnuiţi.

Frecvenţă

Afecţiune frecventă la adolescente şi la femeile tinere.

Semne şi simptome

Zonele afectate sînt albastre (cianotice) şi reci în permanenţă. Pielea este umedă şi uşor îngroşată. Această afecţiune nu este dureroasă.

Investigaţii

Capilaroscopia, examen care permite vizualizarea vaselor care trec pe sub piele, arată o stagnare a sîngelui la acest nivel.

Evoluţie şi complicaţii

Este o afecţiune benignă, care nu determină nici o alterare a pielii, dar a cărei evoluţie este cronică.

Tratament

Este mai ales preventiv: protecţie împotriva frigului. În cazul transpiraţiilor abundente (hiperhidroză), iontoforeza (scufundarea mîinilor într-o baie de electroforeză) poate fi utilă.

◆ **Educaţie**

Educaţia vizează obţinerea unei readaptări progresive la frig şi încurajarea activităţii fizice, precum şi întreruperea fumatului. Nu există contraindicaţie pentru pilulele contraceptive.

ACROMEGALIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburări morfologice cu „gigantism" al mîinilor, picioarelor şi capului, datorate unei secreţii excesive de hormon de creştere (GH). Acromegalia survine în general între 30 şi 40 ani, mai ales la femei. Cauza principală este o tumoră benignă a hipofizei, glandă ataşată de creier care produce hormonul de creştere.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune renală rară.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt îngroşarea mîinilor şi a picioarelor, cu maxilare care devin proeminente (prognatism), dureri şi deformări ale articulaţiilor şi un spate care se arcuieşte (cifoză). Apar de asemenea dureri de cap, cu tulburări de vedere şi diabet.

◆ **Investigaţii**

Cuprind dozarea hormonului de creştere în sînge şi un examen IRM pentru localizarea tumorii în creier.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Cel mai frecvent, diagnosticul se pune abia în stadiul complicaţiilor, care sînt: hipertensiunea arterială, insuficienţa cardiacă, complicaţii ale diabetului, creşterea în volum a limbii şi modificări ale gîtului, care antrenează tulburări respiratorii.

◆ **Tratament**

Tumora este tratată prin chirurgie şi radioterapie. Dacă în ciuda acestora concentraţiile hormonale rămîn crescute, este necesar un tratament complementar cu medicamente.

Prevenţie

Se poate lua în calcul acest diagnostic, la persoanele care prezintă simultan hipertensiune arterială, diabet şi deformări ale corpului, în scopul instituirii unui tratament precoce.

ACROPARESTEZIILE NOCTURNE

Furnicături ale degetelor uneia sau ale ambelor mîini, care survin noaptea şi trezesc din somn bolnavul (în general femei între 40 şi 60 ani). Aceste tulburări fac parte din sindromul de canal carpian.

ACUFENELE

Perceperea unui sunet (vîjîit, sunet de clopot, sforăit, fluierat) care poate fi intermitent, continuu sau pulsatil şi care nu provine din mediul înconjurător. Acufenele pot surveni ca simptome ale aproape tuturor afecţiunilor urechii. Jena poate fi moderată, dar uneori poate fi importantă şi poate antrena tulburări psihice severe. Tratamentul afecţiunii urechii şi corectarea deficitului auditiv asociat (protezarea auditivă) duc în general la dispariţia acufenelor.

ADAMS-STOCKES (SINDROMUL)

Pierdere bruscă a stării de conştienţă („sincopă fulgerătoare“), datorată blocării în momentul respectiv a sistemului electric ce declanşează contracţiile inimii. Această anomalie se numeşte bloc atrioventricular de gradul III sau complet. Poate antrena una sau mai multe căderi ale persoanei afectate, cu consecinţe uneori grave, mai ales în caz de traumatism cranian (hemoragie cerebrală).

ADDISON (BOALA) SAU (VEZI) INSUFICIENŢA SUPRARENALĂ

ADENOAMELE HIPOFIZARE

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumori fără excepţie benigne, ale hipofizei, care este o glandă ataşată creierului, ce secretă numeroşi hormoni.

◆ **Frecvenţă**

Adenoamele hipofizare constituie 10% din tumorile cerebrale.

◆ **Semne şi simptome**

Manifestările clinice sînt, pe de o parte, în raport cu extensia tumorii, iar pe de altă parte, rezultă din secreţia excesivă a unui hormon. Ele sînt specifice fiecărui tip de adenom. Tumora determină dureri de cap şi tulburări de vedere. Celelalte semne depind de hormonul secretat în exces. Cînd este vorba de prolactină (responsabilă de stimularea secreţiei de lapte la femeie) se produce absenţa menstruaţiei şi o scurgere de lapte la nivelul sînilor. În cazul adenomului secretor de hormon de creştere, boala este acromegalia, iar în cazul adenomului secretor de hormon care stimulează glandele suprarenale, se numeşte boală Cushing.

◆ **Investigaţii**

Bilanţul hormonal şi examenul IRM cerebral permit stabilirea diagnosticului. Examenul oftalmologic apreciază consecinţele compresiei tumorii asupra nervilor optici care trec prin apropiere.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Adenomul care secretă prolactină se tratează uşor. Dimpotrivă, celelalte adenoame adesea nu pot fi tratate medical. Pentru toţi pacienţii, riscul de recidive tardive impune o urmărire regulată.

◆ **Tratament**

Tratamentul chirurgical este singurul care permite o vindecare definitivă. Medicamentele utilizate au ca singur obiectiv să [illegible] secreţia hormonală.

AD[illegible] DE PROSTATĂ

● **Definiţie şi cauze**

Afecţiune benignă determinată de o creşte[illegible] a prostatei [A 13-28] care [illegible] în principal dificultatea de a [illegible] este consecinţa unei tulburări [illegible] datorate îmbătrînirii.

● **F**[illegible]

[illegible] înainte de 40 ani şi [illegible] începînd de la 40 ani, [illegible] după vîrsta de 80 ani 9 bărba[illegible]

● **Semne** [illegible] **simptome**

Se manifestă [illegible] durere sau disconfort la urinat, cu diminuarea forţei jetului, întîrziere la pornire, apoi o golire a vezicii în mai multe etape (disurie) asociată cu necesitatea de a merge frecvent

la toaletă, fără puterea de abţinere (polakiurie).

Investigaţii

Tuşeul rectal permite palparea unei prostate mari, a cărei consistenţă este neregulată şi elastică. Ecografia transrectală (cu o sondă introdusă prin anus) permite confirmarea diagnosticului şi aprecierea eventualelor complicaţii care afectează vezica, ureterele şi rinichii. De asemenea, este utilă dozarea markerului cancerului de prostată (PSA).

Evoluţie şi complicaţii

Este o afecţiune benignă care trebuie supravegheată pentru a se evita eventualele complicaţii (retenţie de urină, producerea de infecţii şi calculi urinari, afectarea rinichilor etc.).

Tratament

Sînt posibile trei tipuri de tratament:

1. Medicamente, mai ales în faza de debut, dar care au eficacitate limitată.
2. Chirurgia clasică sau cu abordare pe căile naturale (prin endoscopie), atunci cînd dimensiunile adenomului o permit.
3. La pacienţii inoperabili se poate utiliza o sondă urinară permanentă sau un cateter introdus în vezica urinară prin peretele abdominal (cateter suprapubian).

Prevenţie

Alegerea tratamentului va ţine cont de gradul disconfortului produs de boală şi de posibilele efecte secundare ale chirurgiei (în special asupra ejaculării, în cazul intervenţiei chirurgicale clasice).

AFTOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Aftele sînt mici ulceraţii (plăgi superficiale) la nivelul cavităţii bucale (gurii) sau organelor genitale, dureroase şi adesea recidivante. Cauza este necunoscută. Anumite alimente (nuci, căpşune, şvaiţer etc.) favorizează apariţia lor. Cînd aceasta precede menstruaţia, se vorbeşte despre aftoză catamenială.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Ulceraţiile au o formă rotunjită, cu un diametru cuprins între 2 şi 10 mm, margini nete, fund gălbui şi sînt înconjurate de un inel roşu. Sînt foarte dureroase timp de 3–4 zile. În general afectează fie numai cavitatea bucală, fie numai organele genitale. În cazul afectării simultane a celor două poate fi vorba despre o boală sistemică, numită boala Behçet.

◆ **Investigaţii**

Simpla examinare a leziunilor permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Puseul se vindecă spontan în 10–15 zile, dar recidivele sînt frecvente.

◆ **Tratament**

Se utilizează aplicaţii locale de analgezice (aspirină), anestezice (lidocaină), antiseptice, uneori în formele severe chiar antibiotice (tetraciclină) sau corticoizi.

AGITAŢIA MEMBRELOR INFERIOARE SAU (VEZI) PICIOARELE NELINIŞTITE (BOALA)

AGLUTININELE LA RECE (BOALA)

Anemie datorată unei distrugeri a globulelor roşii (hemoliză) de către factori de apărare produşi de organism, care atacă globulele deoarece le consideră ca elemente străine organismului. Din acest motiv aceşti factori sînt numiţi autoanticorpi. Denumirea „la rece“ provine din faptul că aceşti anticorpi reacţionează la temperaturi mai mici de 37°C şi mai ales sub 30°C. Forma acută a bolii este adesea asociată unei infecţii, în timp ce în forma cronică nu se poate găsi nici o cauză. Medicamentele imunosupresoare (care scad activitatea mecanismelor de apărare ale organismului) sînt adesea eficiente, dar baza tratamentului o reprezintă evitarea expunerii la frig.

AGORAFOBIA SAU (VEZI) NEVROZA FOBICĂ

AGRANULOCITOZA MEDICAMENTOASĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Scădere brutală a numărului de globule albe (polimorfonucleare neutrofile) care circulă în sînge (sub 300/μL), determinată de acţiunea toxică a unui medicament asupra măduvei osoase care produce celulele sangvine. Medicamentele cel mai frecvent implicate sînt analgezicele şi antiinflamatoriile, antibioticele şi antiviralele, sulfamidele hipoglicemiante, antiulceroasele, anticonvulsivantele, neurolepticele, antiaritmicele etc. Orice medicament nou poate fi incriminat pînă la proba contrarie.

◆ **Frecvenţă**

Deşi este cel mai frecvent accident hematologic toxic, frecvenţa sa rămîne scăzută: 5 cazuri la 1 milion locuitori.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este brutal, după 8–15 zile de la începerea tratamentului sau imediat după reluarea sa. Apare o infecţie, cu febră ridicată, care se dezvoltă rapid din cauza slăbiciunii mecanismelor de apărare ale organismului, secundară dispariţiei globulelor albe, al căror rol este acela de a distruge germenii. Infecţia afectează cel mai frecvent cavitatea bucală şi gîtul, plămînii, tubul digestiv şi perineul (zonă situată între anus şi organele genitale, unde se pot produce abcese şi gangrenă).

◆ **Investigaţii**

Examinarea celulelor sanguine (recoltarea de sînge) şi a celor din măduva osoasă (mielograma, realizată pe un eşantion prelevat prin puncţionarea sternului) permite diagnosticul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Agranulocitozele medicamentoase sînt reversibile (în general în 15 zile) şi principalul risc este legat de infecţiile care pot să apară şi pot fi mortale, într-un număr mic de cazuri.

◆ **Tratament**

Orice medicament care nu este indispensabil trebuie întrerupt. Orice medicament presupus toxic trebuie înlocuit. Îngrijirea asociază măsuri de prevenire a infecţiilor (izolare în camere separate, alimente preparate termic exclusiv, îngrijirea cavităţii bucale, administrarea preventivă de antibiotice etc.) şi tratarea precoce a oricărei infecţii.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Utilizarea preferenţială, atunci cînd este posibil, de medicamente care nu prezintă acest tip de complicaţii, reprezintă cea mai eficientă metodă de prevenţie. La orice pacient care a prezentat un asemenea accident, medicamentul în cauză este definitiv proscris, indiferent de forma de prezentare. Pacientul trebuie să aibă întotdeauna la el lista cu medicamentele care îi sînt interzise.

ALBERS-SCHÖNBERG (BOALA) SAU OSTEOPETROZA SAU BOALA OASELOR DE MARMURĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală genetică ce se caracterizează prin oase dure şi fragile a căror arhitectură este modificată, cu micşorarea cavităţilor care conţin măduva osoasă. Transmiterea acestei boli de la părinţi la copii este variabilă.

◆ **Frecvenţă**

Este o maladie rară, care afectează o persoană din 100 000.

◆ **Semne şi simptome**

Forma gravă se manifestă din primele luni de viaţă, cu tulburări sangvine (anemie, lipsă de globule albe şi de plachete) datorate unei deficienţe a măduvei osoase şi fracturi spontane. Forma intermediară se traduce prin talie mică, fracturi repetate şi apariţia unei infecţii a oaselor feţei (osteomielită), favorizată de cariile dentare. Forma benignă poate să nu dea simptome, ori se poate manifesta în copilărie sau adolescenţă prin fracturi provocate de traumatisme minime şi prin afectarea vederii ca urmare a compresiei nervilor optici.

◆ **Investigaţii**

Radiografiile oaselor descoperă semne caracteristice. Analizele sangvine (numărătoare-formulă sangvină) confirmă

insuficienţa de producere a celulelor sangvine.

Evoluţie şi complicaţii

Numai forma gravă necesită un tratament foarte activ pentru ameliorarea speranţei de viaţă.

Tratamentul

Presupune un regim sărac în calciu şi administrarea unui derivat al vitaminei D (calcitriol [Rocaltrol®, Calcijex®]) în doze mari, care permit consolidarea osului. Transplantul de măduvă şi interferonul gamma în administrare prelungită pot fi utilizate pentru a limita afectarea măduvei osoase.

ALBINISMUL

Definiţie şi cauze

Boală genetică ereditară, caracterizată prin absenţa coloraţiei pielii şi părului, care se datorează unei producţii insuficiente de pigment de către celulele specializate din piele, numite melanocite. Transmiterea este recesivă, adică ambii părinţi, care nu prezintă semne de boală, trebuie să transmită gena deficientă pentru ca să fie afectat copilul.

◆ **Frecvenţă**

Este o maladie rară care atinge o persoană din 15 000.

◆ **Semne şi simptome**

[illegible] de păr alb, piele palidă şi ochi [illegible].

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt tulburările oculare şi fragilitatea pielii, care este foarte sensibilă la soare. Cancerele pielii sînt foarte frecvente la aceşti bolnavi.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Sînt necesare evitarea expunerii la soare, purtarea de ochelari protectori şi aplicarea unor creme protectoare de tip „ecran total" pe zonele descoperite.

1-ANTITRIPSINA (DEFICITUL DE)

Definiţie şi cauze

[illegible] genetică care determină un deficit [illegible] 1 antitripsină, o proteină sintetizată [illegible] ficat care intervine în procesele [illegible].

◆ **Frecvenţă**

Afectează o persoană din 3 500.

◆ **Semne şi simptome**

Deficitul se află la originea alterării ţesuturilor şi deci a funcţiei ficatului (ciroză, fibroză) şi plămînului (distrugerea alveolelor şi a bronhiilor de calibru foarte mic, afecţiune numită emfizem, şi dilatarea bronhiilor).

◆ **Investigaţii**

Examinarea proteinelor sangvine prin electroforeză arată absenţa alfa-2-globulinelor, din care alfa-1-antitripsina reprezintă peste 90%. Dozarea alfa-1-antitripsinei confirmă rezultatul. Biopsia hepatică (prelevarea cu ajutorul unui ac introdus în ficat prin peretele abdominal şi examinarea la microscop a unui mic fragment de ţesut hepatic) poate pune în evidenţă leziuni caracteristice.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În general evoluţia bolii este lentă. În unele cazuri, boala este gravă, cu apariţia cancerului hepatic şi a insuficienţei respiratorii severe. Mai rar, afectarea ficatului este rapidă şi poate fi mortală în copilărie, în absenţa tratamentului.

◆ **Tratament**

În caz de leziuni severe ale ficatului, singurul tratament eficace este transplantul hepatic. În afectarea pulmonară, măsurile vizează limitarea evoluţiei bolii: întreruperea fumatului, prevenirea şi tratarea infecţiilor respiratorii etc.

ALGIA VASCULARĂ A FEŢEI

◆ **Definiţie şi cauze**

Formă particulară de cefalee (durere de cap), mult mai puţin frecventă decît migrena, a cărei cauză exactă este necunoscută. Consumul de alcool poate fi un factor declanşator.

◆ **Frecvenţă**

Boala afectează 0,1% din populaţie, cu o predominanţă masculină netă şi cu debut între 20 şi 30 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Durerile nu afectează decît o jumătate a feţei, mai ales zona din jurul orbitei şi de la nivelul tîmplei. Sînt extrem de intense şi se prezintă sub forma unor crize zilnice care durează de la 15 minute pînă

la 3 ore. De obicei, crizele evoluează în salve cu durată de 2 pînă la 8 săptămîni şi se repetă o dată sau de două ori pe an. Se produc frecvent: lăcrimare, scurgeri nazale (rinoree), înroşirea conjunctivei oculare, micşorarea pupilei (mioză) şi căderea (ptoza) pleoapei, semne care apar de aceeaşi parte cu durerea.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Crizele foarte frecvente pot fi invalidante.

◆ **Tratament**

Criza se tratează prin injectarea subcutanată de sumatriptan (Imigran®). Analgezicele (medicamentele care combat durerea), chiar derivaţii de morfină sînt, în general, ineficiente.

◆ **Prevenţie**

Prevenirea crizelor se face cu ajutorul betablocantelor (de ex. propranolol sau Désernil®).

ALGODISTROFIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţie în jurul unei articulaţii, care apare de regulă după un anumit interval de timp de la un traumatism sau o intervenţie chirurgicală; totuşi, în 30% din cazuri nu poate fi depistată nici o cauză. Mecanismul implicat pare a fi o disfuncţie a sistemului nervos numit vegetativ.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune frecventă, dar adesea subestimată, care afectează în egală măsură bărbaţii şi femeile, la orice vîrstă.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă prin durere, tumefacţie (edem), roşeaţă şi căldură locală cu imposibilitatea de a mişca articulaţia; ulterior apar progresiv unele tulburări de creştere a părului sau a unghiilor (în funcţie de zona afectată), o sensibilitate exagerată a pielii (hiperestezie cutanată) şi transpiraţii abundente (hiperhidroză). Nu se produc nici febră, nici alterarea stării generale. Localizările cele mai frecvente sînt, în ordine descrescătoare: mîna, piciorul, genunchiul, umărul şi şoldul.

◆ **Investigaţii**

Scintigrafia osoasă permite un diagnostic precoce (hiperfixarea substanţei la nivelul regiunii afectate), în timp ce radiografiile standard nu arată decît semne tardive de tipul demineralizării (osteoporoză).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este în general favorabilă, cu regresia spontană a semnelor în 50% dintre cazuri. Uneori evoluţia este capricioasă, cu recidive şi sechele constînd în anchilozarea articulaţiei.

◆ **Tratament**

Mijloacele utilizate sînt reprezentate de diferite medicamente administrate pe cale orală (calcitonină, betablocante, vasodilatatoare) sau injectabil (anestezice). Anxioliticele şi antidepresivele sînt indicate în cazurile cu evoluţie dificilă. Kinetoterapia, balneoterapia şi infiltraţiile locale pot fi utile.

◆ **Prevenţie**

Tratamentul trebuie început cît mai precoce pentru a se evita cronicizarea şi apariţia sechelelor.

ALOPECIA

Definiţie şi cauze

Reprezintă pierderea totală sau parţială a părului. Se disting:

1. Alopeciile localizate non-cicatriceale (fără distrugerea foliculilor piloşi): peladă, tinea, tricotilomanie (tic constînd în smulgerea firelor de păr).
2. Alopeciile localizate cicatriceale (cu distrugerea foliculilor piloşi): traumatisme, infecţii, tinea, lupus eritematos, lichen plan, tumori.
3. Alopeciile difuze acute: infecţii recente, afecţiuni endocrine, medicamente, şoc psiho-afectiv.
4. Alopecia difuză cronică: numită androgenică (legată de hormonii care determină dezvoltarea caracterelor sexuale masculine), afectînd mai ales bărbaţii.

◆ **Investigaţii**

Examenul microscopic al firului de păr şi biopsia de piele păroasă (prelevarea unui eşantion de piele) sînt utilizate în unele cazuri pentru confirmarea cauzei alopeciei.

Evoluţie şi complicaţii

In formele non-cicatriceale este posibilă creşterea unor noi fire de păr, în timp ce în formele cicatriceale acest lucru nu se întîmplă, în general.

Tratament

In alopecia androgenică se utilizează minoxidil în aplicări locale sau grefe de piele păroasă. În alopecia cicatriceală tratamentul constă în eliminarea cauzei.

ALPORT (SINDROMUL)

Definiţie şi cauze

Boală genetică ereditară, caracterizată prin afectarea rinichiului asociată cu afectarea auzului. În majoritatea cazurilor transmiterea este dominantă, adică este suficient ca un singur părinte bolnav să transmită gena, pentru ca boala să apară la copil.

Frecvenţă

Această maladie afectează un copil din 5 000.

Semne şi simptome

Afectarea rinichiului este progresivă şi se manifestă iniţial prin prezenţa de sînge şi de proteine în urină, apoi evoluează spre insuficienţă renală. Atingerea auzului nu este întotdeauna prezentă şi este variabilă ca severitate.

Investigaţii

Cuprind evaluarea funcţiei renale (bilanţ sangvin şi urinar) şi a funcţiei auditive (audiometrie).

Evoluţie şi complicaţii

În unele familii, insuficienţa renală terminală apare în copilărie sau adolescenţă; în altele, abia între 30 şi 60 ani. Boala renală are o evoluţie mai rapidă la bărbaţi decît la femei.

◆ **Prevenţie**

Consilierea genetică este recomandată pentru identificarea modului de transmitere. Un eventual diagnostic prenatal poate fi, de asemenea, util.

ALVEOLITA ALERGICĂ EXTRINSECĂ SAU (VEZI) PNEUMOPATIA DE HIPERSENSIBILIZARE

ALVEOLITA DENTARĂ

Numită şi osteită alveolară, reprezintă o complicaţie locală după o extracţie dentară.

Alveolita uscată este consecinţa unui deficit de aport de sînge la nivelul osului (ischemie osoasă) ca urmare a unei reacţii exagerate la substanţele conţinute în agentul anestezic. Durerile sînt violente, plaga este uscată şi se închide în 15 zile fără să se infecteze.

Alveolita purulentă reprezintă o infecţie a alveolei. După cîteva zile apare durerea şi plaga este umflată (congestivă). Cicatrizarea necesită mai multe săptămîni. Tratamentul constă în aplicarea unui pansament analgezic (avînd ca obiectiv calmarea durerii) care va fi schimbat la fiecare 2–3 zile.

ALZHEIMER (BOALA)

◆ **Definiţie şi cauze**

Degradare ireversibilă a ţesuturilor creierului aflată la originea a 2/3 din demenţe. Este avansată ipoteza unei predispoziţii genetice asociată cu factori favorizanţi. Există o formă familială rară (transmitere dominantă, adică un singur părinte bolnav poate transmite gena deficientă, determinînd afectarea copilului), cu declanşare înainte de 60 ani. Factorii favorizanţi sînt traumatismele craniene (boxeri etc.), diabetul şi hipertensiunea arterială.

◆ **Frecvenţă**

Se estimează o dublare a numărului de cazuri pentru anul 2020.. Boala afectează 2 pînă la 6% din persoanele cu vîrstă peste 65 ani, 10% din cele de 80 ani şi 20% din cele peste 85 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este progresiv, traducîndu-se prin tulburări ale memoriei faptelor recente, modificarea personalităţii cu apariţia depresiei şi pierderea autonomiei (dificultăţi în realizarea actelor vieţii de zi cu zi). Ulterior apar tulburări importante ale memoriei, dezorientare în timp şi spaţiu, tulburări de limbaj, dificultăţi în utilizarea obiectelor din viaţa curentă

(apraxie), dificultăţi în recunoaşterea locurilor familiare, a obiectelor şi a sunetelor (tulburări gnozice), precum şi lipsa conştientizării de către bolnav a stării sale de boală (anosognozie).

◆ **Investigaţii**

Testele neuropsihologice (testul Grober şi Buschke, Mini Mental State: MMS) apreciază gradul de afectare. Tomografia computerizată şi examenul IRM ajută în special la excluderea altor afecţiuni (cum ar fi hematomul subdural cronic).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia, variabilă în timp, este către o importantă dependenţă. Tratamentul întîrzie pierderea autonomiei şi plasarea bolnavului într-un centru de îngrijire.

◆ **Tratament**

Constă într-o îngrijire globală: medicală, susţinere psihologică a bolnavului şi a familiei, paramedicală (infirmieră, logoped, ergoterapeuţi, kinetoterapeuţi, servicii sociale etc.). Medicamentele disponibile sînt anticolinesterazicele centrale (ele împiedică distrugerea de către enzime a acetilcolinei, moleculă care serveşte ca mijloc de transmitere a comenzilor în creier între celulele nervoase): donezepil (Aricept®), rivastigmină (Exelon®). Efectele lor sînt inconstante.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Singura prevenţie este cea a agravării: organizarea unei vieţi regulate, evitarea schimbărilor de domiciliu şi a spitalizărilor, întreţinerea funcţiilor intelectuale şi a activităţilor fizice.

AMENINŢAREA DE NAŞTERE PREMATURĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Se numeşte naştere prematură orice naştere care se produce înainte de 37 de săptămîni şi după 22 de săptămîni de amenoree, adică de la ultima menstruaţie care a precedat sarcina. Cele 22 de săptămîni corespund limitei teoretice de viabilitate a fătului. Principalele cauze sînt reprezentate de: infecţiile materne, traumatisme, anomalii ale uterului (incontinenţă de col, malformaţii), sarcini multiple, malformaţii fetale, placenta praevia (placentă implantată prea jos în uter), hidramnios (cantitate prea mare de lichid amniotic). Factorii de risc sînt legaţi în primul rînd de condiţiile socio-economice nefavorabile (condiţii de muncă, de locuit, sarcini multiple etc.).

◆ **Frecvenţă**

Ameninţarea de naştere prematură constituie patologia cea mai frecventă a sarcinii (15–20% din naşteri). Naşterile premature reprezintă sub 6% din naşteri.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele sugestive sînt contracţiile uterine frecvente şi dureroase, scurgerile de lichid amniotic care traduc ruptura prematură a membranelor sau sîngerările (metroragii).

◆ **Investigaţii**

Înregistrarea contracţiilor (tocometria externă) permite cuantificarea acestora. Bilanţul sanguin caută semne de infecţie, iar ecografia controlează starea fătului, a placentei, a colului uterin şi cantitatea de lichid amniotic.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul are ca obiectiv întîrzierea cît mai mult posibil a naşterii, ştiut fiind faptul că apariţia complicaţiilor la copil este direct legată de gradul de prematuritate.

Tratament

Repausul este primordial. Medicamentele utilizate pentru calmarea contracţiilor sînt betamimeticele (salbutamol [Salbovent® sau Ventolin®)], antiprostaglandinele (indometacin) şi progestativele (Utrogestan®). În caz de incontinenţă de col este indicat serclajul la sfîrşitul primului trimestru.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia necesită depistarea femeilor cu risc şi adoptarea unor măsuri adecvate (repaus, ajutor menajer, loc de muncă amenajat, întreruperea serviciului etc.)

AMENOREEA

Reprezintă absenţa menstruaţiei la o femeie aflată la o vîrstă la care ar trebui să aibă menstruaţie. Ea poate fi primară (absenţa menstruaţiei pînă la vîrsta de 16 ani) sau secundară (absenţa menstru-

ației timp de peste 3 luni la o femeie care a avut deja menstruație).

Cauzele **amenoreei primare** sînt:

1. Malformații congenitale (prezente de la naștere) ale vaginului sau uterului.
2. Anomalii de diferențiere sexuală (de ex. sindromul Turner).
3. Întîrzierea pubertății.

Cauzele **amenoreei secundare** sînt:

1. Boli grave ale rinichilor, inimii sau ficatului cu răsunet asupra echilibrului hormonal al organismului.
2. Alterări ale peretelui uterin, secundare, spre exemplu, unor infecții, unor întreruperi voluntare de sarcină etc.
3. O anomalie a ovarelor, care produc hormoni în cantitate insuficientă sau anormală.
4. Un exces de hormoni masculini (hiperandrogenism) legat de consumul de substanțe dopante (anabolizante) sau de o anomalie a glandelor suprarenale (producătoare de hormoni masculini).
5. Anorexia mentală.

În ambele cazuri poate fi vorba despre tulburări hormonale determinate de disfuncția hipofizei (glandă endocrină legată de creier, care produce numeroși hormoni ce acționează asupra diferitelor glande din organism, în special asupra glandelor sexuale). Această disfuncție poate fi prezentă de la naștere sau poate apărea mai tîrziu (dificultăți de reluare a secreției normale de hormoni după o perioadă prelungită de utilizare a contraceptivelor orale, tumori etc.)

AMETROPIA

Nume dat tuturor tulburărilor de vedere care implică o focalizare deficitară a imaginii pe retină. Aceste tulburări sînt desemnate prin termenul de tulburări de refracție, ceea ce înseamnă că structurile ochiului nu permit razelor de lumină care le traversează să fie corect deviate pentru a forma o imagine clară pe retină. Acuitatea vizuală este alterată, dar poate fi ameliorată cu ajutorul lentilelor de corecție. Diferitele forme de ametropie sînt: hipermetropia, miopia, astigmatismul şi prezbitismul.

AMIBIAZA

◆ **Definiție și cauze**

Infecție produsă de un parazit, *Entamoeba histolytica*, care este un protozoar, adică un organism format dintr-o singură celulă. Ea atacă în special colonul. Transmiterea se face în principal prin apă și alimente.

◆ **Frecvență**

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, 10% din populație este afectată (în zonele tropicale). Amibiaza reprezintă a treia cauză mondială de mortalitate prin boli parazitare după paludism (malarie) și bilharzioză. Dezvoltarea turismului în unele țări cu igienă precară determină o creștere a numărului de cazuri la călători.

◆ **Semne și simptome**

În 90% din cazuri infecția nu se manifestă prin nici un simptom. În alte cazuri, principalele semne sînt: diareea apoasă cu sînge și mucozități (sindrom dizenteric), durerile abdominale și senzația nevoii imperioase de a merge la toaletă, fără a putea evacua nimic (tenesme rectale). Nu se produce febră și starea generală nu este alterată.

◆ **Investigații**

Examenul parazitologic al scaunului (căutarea parazitului în materiile fecale) și rectoscopia (vizualizarea rectului prin introducerea în anus a unui tub prevăzut cu un sistem optic) permit diagnosticul.

◆ **Evoluție și complicații**

În marea majoritate a cazurilor, tratamentul medicamentos permite o vindecare rapidă. Principala complicație este reprezentată de trecerea parazitului în ficat, cu formarea unui abces amibian hepatic. Mai rar, infecția se poate transforma în apendicită și chiar în peritonită (infecție generalizată a cavității abdominale), într-un fel de tumoră numită amibom, sau se poate răspîndi pe cale sanguină în alte organe (plămîni, creier etc.).

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate sînt denumite amoebicide (medicamente care omoară amibele) de contact în cazul celor care acționează în interiorul tubului digestiv

(de ex. Intetrix®) şi amoebicide tisulare în cazul celor care acţionează la nivelul ţesuturilor (imidazoli: metronidazol, tinidazol etc.)

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Profilaxia generală constă în: ameliorarea condiţiilor sanitare şi tratarea persoanelor infectate care nu prezintă simptome (numite purtători asimptomatici), dar care contaminează mediul prin materiile fecale. Profilaxia individuală constă în: spălarea mîinilor după fiecare utilizare a toaletei şi înainte de fiecare masă, consumul de apă filtrată sau tratată şi spălarea fructelor şi a crudităţilor cu apă curată.

AMIGDALITA SAU (VEZI) ANGINA

AMILOIDOZA

◆ **Definiţie şi cauze**
Acumularea într-unul sau mai multe ţesuturi a unor proteine (fibrile de amiloid) care provoacă anomalii de funcţionare în organele afectate. Amiloidoza poate surveni fără o cauză anume (amiloidoză primară), poate fi secundară unei boli (tuberculoză, poliartrită reumatoidă, boală Crohn, cancer etc.), sau poate fi, în unele cazuri, ereditară.

◆ **Frecvenţă**
Este o boală relativ rară. Cînd este secundară altei maladii, ea survine în general după 10 ani de la debutul acesteia, într-un procent variabil, dar per ansamblu mai mic de 10%.

◆ **Semne şi simptome**
Manifestările depind de organul afectat şi sînt adesea mascate de boala iniţială. Amiloidoza primară atinge inima, rinichii, tubul digestiv şi pielea. Amiloidoza inflamatorie atinge cu precădere splina, ficatul, rinichii, glandele suprarenale şi ganglionii limfatici. Forma ereditară se caracterizează prin afectarea nervilor membrelor (în special cu tulburări de sensibilitate).

◆ **Investigaţii**
Diagnosticul este confirmat prin biopsii (prelevarea de fragmente de ţesut adipos [grăsime], mucoasă rectală, piele, rinichi, ficat).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În forma secundară, prognosticul este legat de rezultatul tratamentului bolii primitive. Afectarea rinichiului este gravă, cu dezvoltarea insuficienţei renale. Amiloidoza cardiacă duce la insuficienţă cardiacă şi se poate afla la originea morţii subite prin tulburări de ritm cardiac.

◆ **Tratament**
Singurul tratament satisfăcător este cel preventiv (tratamentul bolii cauzale). Transplantul renal este posibil în anumite forme ale bolii.

AMIOTROFIA PERONIERĂ SAU (VEZI) CHARCOT-MARIE-TOOTH (BOALA)

AMIOTROFIILE MUSCULARE SPINALE

Grup de boli genetice ereditare a căror transmitere este recesivă (copilul nu este bolnav decît dacă fiecare din cei doi părinţi transmit gena anormală). Ele debutează în copilărie printr-o scădere a volumului şi a forţei muşchilor (atrofie musculară), consecinţă a degenerescenţei celulelor nervoase care îi comandă, situate la nivelul măduvei spinării. Forma acută este boala Werdnig-Hoffmann, care produce în general decesul înaintea vîrstei de un an. Forma cronică este boala Wohlfart-Kugelberg-Welander, care debutează mai tîrziu, în copilărie şi adolescenţă; evoluţia sa este lentă şi speranţa de viaţă este mai bună.

ANCHILOSTOMIAZA

◆ **Definiţie şi cauze**
Parazitoză produsă de nişte viermi hematofagi (care se hrănesc cu sînge), *Ankylostoma duodenale* sau *Necator americanus*, ale căror larve traversează pielea, ajung în plămîni, urcă în căile respiratorii pînă în faringe, de unde sînt înghiţite. Ele migrează astfel spre intestinul subţire, pe al cărui perete se fixează şi încep să sugă sînge.

◆ **Frecvenţă**
La nivel mondial, aproape 25% din

populaţie este afectată (*Ankylostoma duodenale* în zonele subtropicale şi temperate; *Necator americanus* în zonele tropicale).

Semne şi simptome

Adesea boala nu produce nici un semn (asimptomatică). Migrarea larvelor durează două luni şi semnele se modifică în funcţie de progresia lor. Semnele date de penetrarea pielii se limitează la o roşeaţă (eritem) care dispare în cîteva ore. Traversarea plămînilor este foarte rar simptomatică. Faza digestivă se manifestă prin dureri abdominale, senzaţie de foame dureroasă, scaune diareice şi senzaţii de arsură în spatele sternului (pirozis).

Investigaţii

Analizele sangvine arată o scădere a numărului de globule roşii (anemie), determinată de pierderea la nivelul tubului digestiv (intestin subţire) de fier, precum şi o creştere a numărului de globule albe numite polimorfonucleare eozinofile, semn de infectare cu un parazit. Ouăle de paraziţi sînt detectate în scaun (examenul parazitologic al scaunului).

Evoluţie şi complicaţii

In lipsa tratamentului, boala poate fi gravă la copii, determinînd întîrziere în creştere. Principalele complicaţii sînt reprezentate de revărsatele lichidiene de la nivelul învelişurilor unor organe şi cavităţi: plămîn (pleurezie), inimă (pericardită), cavitate abdominală (ascită).

Tratament

Se urmăreşte combaterea anemiei (eventual transfuzii) şi distrugerea parazitului cu ajutorul antihelminticelor (medicamente care omoară viermii): pamoat de pyrantel (Combantrin®, Helmintox®), flubendazol, albendazol (Zentel®, Duador®, Eskazole®).

Prevenţie şi educaţie

Trebuie evitat mersul pe jos cu picioarele goale prin zonele umede, pentru a preveni trecerea viermilor prin piele.

ANCHILOZA TEMPOROMANDIBULARĂ

Limitarea capacităţii sau imposibilitatea de a deschide gura din cauza unei leziuni la nivelul articulaţiei dintre mandibulă şi oasele craniului, situată imediat sub tîmplă şi numită articulaţie temporomandibulară [A 3]. Reprezintă adesea consecinţa unui traumatism mai vechi şi poate antrena la copil tulburări de creştere, ajungînd la un „profil de pasăre".

ANEMIA BIERMER SAU ANEMIA PERNICIOASĂ SAU BOALA BIERMER

Scăderea numărului de globule roşii (hematii), care de altfel sînt şi de talie mai mare decît în mod normal (această afecţiune face parte din ceea ce se numeşte grupul anemiilor megaloblastice). Cauza este deficitul de vitamină B_{12} din cauza lipsei la nivelul stomacului a unui element esenţial pentru absorbţia acesteia, numit factor intrinsec. Boala care este cel mai frecvent responsabilă de acest deficit este o inflamaţie cronică a stomacului, numită gastrită cronică atrofică. Dezvoltarea anemiei este insidioasă, progresivă, deseori cu scădere importantă în greutate, limbă roşie, dureroasă şi tulburări neurologice (amorţeli, furnicături, slăbiciune musculară, tulburări de coordonare a mişcărilor). Investigaţia utilizată pentru stabilirea diagnosticului este testul Schilling, care măsoară absorbţia vitaminei B_{12} radioactive. Tratamentul constă în injectarea intramusculară de vitamină B_{12}.

ANEMIA COOLEY

Reprezintă forma gravă a unei boli legate de o anomalie a hemoglobinei (proteină prezentă în globulele roşii, care transportă oxigenul) numită talasemie. Simptomele sînt cele ale unei anemii grave (lipsă de globule roşii): slăbiciune, ameţeli, dureri de cap, senzaţie de vîjîituri în urechi (acufene), de pete luminoase în faţa ochilor (fosfene), somnolenţă, iritabilitate, puls accelerat, paloare.

ANEMIA FERIPRIVĂ SAU ANEMIA PRIN CARENȚĂ MARȚIALĂ

◆ **Definiție și cauze**

Scădere a numărului și volumului globulelor roșii (hematii), afecțiunea face parte din ceea ce se numește grupul anemiilor microcitare. Cauza este lipsa fierului din organism, un dezechilibru între pierderile excesive și aportul insuficient de fier. Cauzele acestei carențe pot fi:

1. Sîngerarea cronică (hemoragiile digestive și uterine).
2. Carența alimentară.
3. Malabsorbția (boala celiacă).
4. Nevoile crescute de fier, necompensate prin administrarea acestuia, în special în cursul sarcinii și al alăptării.

◆ **Frecvență**

Este o afecțiune frecventă și poate fi revelatoare pentru o boală cronică.

◆ **Semne și simptome**

Simptomele sînt discrete, întrucît instalarea este progresivă. Se întîlnesc: paloarea pielii și a conjunctivelor oculare, oboseală, accelerarea pulsului în timpul unor eforturi de mică intensitate, amețeli, senzații de vîjîit sau fluierat în urechi (acufene) ori tulburări de creștere a unghiilor (koilonichie).

◆ **Investigații**

Analizele sanguine evidențiază hematii de talie mică (microcitoză) a căror concentrație în hemoglobină (proteină care realizează transportul oxigenului) este scăzută. Există de asemenea un număr important de hematii tinere, numite reticulocite. Dozarea fierului și a proteinei care îl transportă în sînge (transferina, siderofilina) permite confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

Evoluția este favorabilă în cîteva săptămîni, sub tratament.

◆ **Tratament**

Constă în aportul de fier timp de 6 luni sau pînă la revenirea la normal a parametrilor sanguini.

◆ **Prevenție**

Un aport preventiv de fier este recomandat la femeia gravidă începînd cu luna a patra de sarcină și la sugar din a treia sau a patra lună de viață (mai ales în caz de prematuritate sau de carență la mamă). Atenție! Sărurile de fier dau o colorație neagră a scaunului.

ANEMIA HEMOLITICĂ

◆ **Definiție și cauze**

Scădere a numărului de globule roșii (hematii), ca urmare a scăderii duratei de viață a acestora din cauza accelerării distrugerii lor. Cauzele pot fi:

1. O infecție, o dereglare a sistemelor de apărare ale organismului (hematiile sînt considerate ca agenți străini și sînt distruse; se vorbește atunci de un mecanism autoimun).
2. O substanță toxică (în special medicamente).
3. Prezența unei proteze cardiace (valvă de metal sau plastic care „sparge“ un anumit număr de hematii în momentul în care acestea ajung în inimă și trec prin valva respectivă).
4. O activitate excesivă (hiperfuncție) a splinei (organ care distruge în mod normal hematiile îmbătrînite).
5. O anomalie a hematiilor.

◆ **Semne și simptome**

În afara semnelor generale de anemie (astenie, paloare, polipnee, tahicardie, amețeli etc.), se constată eventual o colorație galbenă a pielii (icter) și o creștere în volum a splinei (splenomegalie).

◆ **Investigații**

Probele sangvine relevă un număr crescut de hematii tinere (reticulocite), o creștere a concentrației bilirubinei (pigment care este eliberat în sînge în urma distrugerii hematiilor și a degradării hemoglobinei din interiorul acestora). Pentru detectarea unei eventuale cauze autoimune se efectuează testul Coombs.

◆ **Evoluție și complicații**

Principalele riscuri sînt legate de un deficit în aportul de oxigen la țesuturi și de complicațiile renale (insuficiență renală).

◆ **Tratament**

Vizează două elemente: în primul rînd

transfuzia de sînge în caz de urgență, pentru restabilirea unui număr suficient de hematii și deci asigurarea unui transport normal al oxigenului, în al doilea rînd tratarea cauzei (în mod special, orice medicament suspect trebuie imediat întrerupt).

ANEMIA INFLAMATORIE

Definiție și cauze

Deficit de globule roșii (hematii), ca urmare a unei inflamații cronice prezente în organism, a cărei cauză poate fi o infecție, un cancer, o boală reumatismală (care afectează articulațiile) sau imunologică (anomalie a mecanismelor de apărare ale organismului). Această inflamație antrenează o scădere a producției de hematii prin scăderea disponibilității de fier, care este esențial pentru sinteza de hemoglobină (proteina din hematii care transportă oxigenul).

Frecvență

Este anemia cea mai frecventă după cea prin carență de fier.

Semne și simptome

Instalarea este lentă și provoacă rar semne clinice importante.

Investigații

Analizele sangvine arată anomalii care permit confirmarea diagnosticului: scăderea concentrației de hemoglobină, a numărului de reticulocite (hematii tinere), a concentrației fierului sangvin și a capacității totale de legare a fierului de către siderofilină (proteină sangvină care fixează și transportă fierul în organe) și creșterea feritinei (proteină care asigură stocarea fierului în diferite organe).

Tratament

Singurul tratament este cel al inflamației în cauză.

ANEMIA PERNICIOASĂ SAU (VEZI) ANEMIA BIERMER

ANEMIA PRIN CARENȚĂ MARȚIALĂ SAU (VEZI) ANEMIA FERIPRIVĂ

ANEVRISMUL DE AORTĂ ABDOMINALĂ

◆ **Definiție și cauze**

Dilatare a unei porțiuni a aortei abdominale [A 6-14] din cauza unei rezistențe scăzute a peretelui acesteia, cu risc de ruptură a acestei artere importante din organism. Alterarea peretelui arterial este cel mai frecvent consecința aterosclerozei, ale cărei cauze principale sînt fumatul, hipertensiunea arterială și concentrația prea mare de grăsimi (lipide) în sînge. Mai rar, este vorba de boli genetice care determină alterări generalizate ale vaselor.

◆ **Frecvență**

Frecvența acestei afecțiuni crește constant cu vîrsta, pentru a atinge aproape 10% din populația peste 75 ani, cu o predominanță netă la sexul masculin.

◆ **Semne și simptome**

Această anomalie rămîne mult timp necunoscută și descoperirea ei se face adesea cu ocazia investigațiilor efectuate pentru altă boală. La indivizii slabi este posibilă palparea unei mase pulsatile în centrul abdomenului. Apariția durerilor abdominale mai mult sau mai puțin intense reprezintă semnul unui început de ruptură, numit disecție.

◆ **Investigații**

Ecografia, tomografia computerizată și aortografia (injectarea unui compus pe bază de iod care face vizibilă aorta la examinarea cu raze X) permit măsurarea dimensiunilor și localizarea anevrismului (evaluînd și eventuala afectare a arterelor renale).

◆ **Evoluție și complicații**

Diagnosticul este pus uneori numai în stadiul complicațiilor, în special al unui început de ruptură care, în absența intervenției chirurgicale de urgență, poate determina o hemoragie internă masivă, mortală. Dimpotrivă, bolnavii care sînt operați în urgență supraviețuiesc în peste 50% din cazuri. În caz de descoperire a unui anevrism important (mai mare de 5 cm) la o persoană cu stare generală bună și neavînd alte boli grave, este

indicată intervenția chirurgicală; în celelalte cazuri simpla supraveghere este suficientă. Alte complicații posibile sînt compresia unui organ vecin (venă cavă inferioară, uretere, rădăcini nervoase, erodarea unei vertebre) sau ocluzia unor vase prin cheaguri care se formează la nivelul dilatației, pleacă în artere și se blochează la diferite nivele ale membrului inferior (semnele clinice fiind: picior rece, dureros, cu dispariția pulsului).

◆ **Tratament**

Constă în înlocuirea segmentului dilatat al arterei cu o proteză sintetică, fie printr-o intervenție chirurgicală clasică, fie cu ajutorul unui cateter introdus prin artera femurală.

ANEVRISMUL ARTERIAL AL MEMBRELOR

◆ **Definiție și cauze**

Dilatarea unui segment al unei artere de la nivelul unui membru, din cauza rezistenței scăzute a peretelui vascular. Alterarea peretelui arterial este legată cel mai adesea de ateroscleroză, ale cărei principale cauze sînt: fumatul, hipertensiunea arterială și concentrația prea mare de grăsimi (lipide) în sînge; mai rar, anevrismul este consecința unei infecții provocate de o ciupercă (micoză) sau a unui traumatism.

◆ **Frecvență**

Arterele poplitee (situate în fosa de la nivelul feței posterioare a articulației genunchiului) sînt cele mai frecvent afectate. Celelalte localizări sînt arterele iliace și femurale; artera subclaviculară este mai rar atinsă.

◆ **Semne și simptome**

Palparea detectează pe traiectul arterei afectate o excrescență care pulsează cu fiecare bătaie cardiacă. Uneori se poate auzi la auscultație un suflu.

◆ **Investigații**

Ecografia, tomografia computerizată și arteriografia (injectarea unei substanțe pe bază de iod care face vizibile arterele la examenul radiologic) determină localizarea exactă, forma și dimensiunile anevrismului.

◆ **Evoluție și complicații**

Principalele complicații sînt: formarea la nivelul dilatației a unor cheaguri (tromboză) care pot pleca mai departe în arteră sau în ramurile ei și se pot bloca în locurile înguste, întrerupînd circulația în aval (trimiterea de emboli cu ischemia membrului); ruptura anevrismului cu hemoragie; infecție; compresia asupra țesuturilor învecinate, în special asupra venelor și a nervilor.

◆ **Tratament**

Este chirurgical: secționarea și înlocuirea porțiunii dilatate cu o bucată de țesut sintetic.

ANEVRISMUL VENTRICULAR

◆ **Definiție și cauze**

Deformare a peretelui unui ventricul cardiac [A 7-6/10], care formează o pungă mai mult sau mai puțin proeminentă și întinsă. Ea se situează în general la nivelul cicatricei unui infarct și se dezvoltă în mai multe săptămîni sau luni.

◆ **Frecvență**

Este o complicație nu foarte rară a infarctelor importante.

◆ **Semne și simptome**

Apare o mișcare anormală a unei porțiuni din inimă în timpul contracțiilor sale, care se simte la palparea peretelui toracic în dreptul inimii.

◆ **Investigații**

Ecografia, completată de ventriculografie (injectarea unei substanțe pe bază de iod care permite vizualizarea cavităților inimii în timpul unui examen radiologic) conduc la stabilirea diagnosticului și evidențierea eventualelor cheaguri care pot antrena complicații. Electrocardiograma arată, de asemenea, unele anomalii.

◆ **Evoluție și complicații**

Adesea diagnosticul nu este pus decît în momentul apariției complicațiilor: insuficiență cardiacă stîngă (manifestată prin dispnee [gîfîit, respirație dificilă]), tulburări de ritm cardiac (palpitații, stare de rău, de neliniște, brusc instalată), embolie (cheag care pleacă din inimă și obstruează o arteră: determină paralizie dacă e vorba de o arteră din creier; membru dureros, rece,

cu dispariția pulsului dacă e vorba de o arteră de la mînă sau picior). Ruptura bruscă a anevrismului, din fericire foarte rară, poate fi mortală.

Tratament

În formele bine tolerate, tratamentul se limitează la simpla supraveghere și la terapia anticoagulantă (fluidificarea sîngelui pentru a împiedica formarea de cheaguri la nivelul anevrismului, unde sîngele stagnează). În formele prost tolerate, intervenția chirurgicală este posibilă, dar riscantă.

...EITA ALERGICĂ ...ANULOMATOASĂ SAU ...ZI) CHURG-STRAUSS ...ALA)

...GINA SAU AMIGDALITA

Definiție și cauze

Inflamație acută a amigdalelor datorată unei infecții bacteriene sau virale, a cărei gravitate este dată de complicațiile legate de un anumit germen, streptococul β-hemolitic, care poate ataca articulațiile și peretele intern al inimii (producînd reumatismul articular acut), în special la copil, ceea ce poate duce la leziuni ale valvelor cardiace.

Frecvență

Boala este responsabilă de 8–9 milioane de consultații medicale pe an.

Semne și simptome

Se manifestă prin asocierea de dureri în gît cu caracter de strîngere (în latină *angere* înseamnă „a strînge"), febră cu debut brusc, dificultate și durere la înghițit (disfagie și odinofagie), durere la nivelul urechii (otalgie) și prezența de ganglioni măriți, dureroși, sub mandibulă și la nivelul gîtului.

◆ **Investigații**

Examenul fundului de gît permite stabilirea diagnosticului și precizarea formei:

1. **Eritematoasă** (roșie) sau eritematopultacee (puncte albe), datorată unui virus sau unui streptococ, de departe forma cea mai frecventă.
2. **Pseudomembranoasă** (secreție cenușie și aderentă) produsă de mononucleoza infecțioasă sau în mod excepțional de difterie.
3. **Ulceronecrotică** (amigdale găurite cu zone negricioase de țesut mort) determinat de o igienă dentară deficitară sau o boală de sînge.
4. **Veziculară,** produsă de un virus.

Un test rapid (recent pus la punct) asupra unui eșantion de secreție prelevată de la nivelul mucoasei faringiene, efectuat în cabinetul medical, ce va putea fi folosit pe scară largă, va permite distincția rapidă între formele bacteriene și cele virale, ceea ce va face posibilă reducerea prescrierii de antibiotice.

◆ **Evoluție și complicații**

Principalele complicații sînt reprezentate de formarea unui abces (flegmon periamigdalian), creșterea volumului amigdalelor (hipertrofie amigdaliană), precum și de afectarea rinichiului (glomerulonefrită) sau a inimii (reumatism articular acut)

◆ **Tratament**

În toate cazurile se indică tratament împotriva durerii și a febrei. Antibioticele sînt necesare în formele bacteriene (antibiotice din clasa penicilinelor sau, în caz de alergie la peniciline, din clasa macrolidelor cum ar fi eritromicina). Îndepărtarea amigdalelor (amigdalectomia) este indicată, mai ales la copil, atunci cînd mărimea amigdalelor ajunge să incomodeze înghițitul sau respirația sau în cazul recidivelor frecvente.

◆ **Prevenție**

Tratamentul cu antibiotice a permis eradicarea redutabilelor complicații cardiace în țările dezvoltate.

ANGINA PECTORALĂ SAU ANGORUL

◆ **Definiție și cauze**

Durere în piept provocată de un deficit de aport de oxigen la nivelul mușchiului cardiac. Principala cauză este starea precară a arterelor inimii (arterele coronare [A7-14/16]) care sînt îngustate sau parțial obstruate (înfundate). Acest fenomen este denumit ateroscleroză, ai

cărei principali factori favorizanţi sînt fumatul, obezitatea, diabetul, concentraţia prea mare a grăsimilor în sînge (dislipidemiile) şi hipertensiunea arterială.

◆ **Frecvenţă**

Angina pectorală este primul semn al afectării arterelor coronare, care poate antrena un infarct miocardic, prima cauză de mortalitate la bărbaţii între 35 şi 60 ani.

◆ **Semne şi simptome**

În forma tipică, durerea este localizată în mijlocul pieptului, în spatele sternului, strînge toracele ca într-o menghină şi iradiază uneori spre umărul şi braţul stîng, precum şi spre mandibulă. Este frecvent declanşată de un efort şi cedează la repaus sau după administrarea sub limbă a unui medicament care dilată arterele coronare (nitroglicerină sub formă de tablete sau spray).

◆ **Investigaţii**

Examenul esenţial este electrocardiograma, care permite evaluarea stării de suferinţă a inimii şi diagnosticarea unui infarct la debut. După dispariţia durerii se poate efectua un bilanţ ce cuprinde o probă de efort (pacientul pedalează pe o bicicletă în timp ce se supraveghează toleranţa la efort a inimii sale) şi o coronarografie (introducerea în artera femurală a unui cateter care urcă pînă în inimă şi permite injectarea unei substanţe pe bază de iod în arterele coronare, care devin astfel vizibile la examenul cu raze X).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalul risc este cel al infarctului miocardic care poate provoca moartea subită.

◆ **Tratament**

În timpul crizei se utilizează medicamente care dilată arterele coronare şi care se administrează sub limbă pentru a putea trece rapid în sînge (nitroglicerină). Tratamentul permanent cuprinde medicamente din clase diferite (betablocante, derivaţi de nitroglicerină şi blocanţi ai canalelor de calciu), administrate singure sau în asociere, care uşurează activitatea inimii. Leziunile arterelor coronare pot beneficia de angioplastie (dilatare a zonelor îngustate ale arterelor cu ajutorul unui balon fixat pe un cateter, care este introdus prin artera femurală pentru a fi urcat pînă în inimă şi trecut în arterele coronare, ca la coronarografie) sau de by-pass (intervenţie chirurgicală care constă în realizarea unei „punţi" peste zona îngustată sau obstruată, cu ajutorul unui fragment de venă prelevat de la gambă, sau de arteră, prelevat de la nivelul peretelui toracic).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Corectarea factorilor de risc este esenţială: renunţarea la fumat, reducerea excesului de greutate, echilibrarea diabetului, tratarea corespunzătoare a hipertensiunii arteriale şi a anomaliilor lipidelor sangvine etc.

ANGIOAMELE

Proliferare sau malformaţie a micilor vase sanguine sau limfatice din piele sau, mai rar, din sistemul nervos central (creier, măduva spinării).

- **Angiomul plan** este o leziune plană, de culoare roz, roşie sau violacee, prezentă de la naştere. Tratamentul cu laser pulsat este indicat la vîrsta adultă.
- **Hemangiomul** (angiomul imatur) este o leziune de culoare roşu aprins, în relief, care se dezvoltă la puţin timp după naştere şi tinde să crească lent în primele luni. Regresia este spontană în 5–7 ani, în 75–95% din cazuri.
- **Angiomul cavernos** este o leziune reliefată roşie sau violacee, alcătuită din pungi mari pline cu sînge. Regresia este rară; există posibilitatea ulcerării sau a hemoragiei. Tratamentul se bazează pe corticoizi. Uneori este necesară ablaţia chirurgicală.
- **Angiomul stelat** (angiomul telangiectazic) este o leziune de culoare roşu strălucitor, care pulsează slab, prezentînd o mică arteră centrală cu ramuri foarte fine care se depărtează asemenea picioarelor unui păianjen. Ea dispare la apăsare şi reapare imediat după aceea.

Cauzele sînt ciroza hepatică, sarcina sau pilula contraceptivă. Dispariţia este spontană în 6–9 luni de la naştere sau de la întreruperea contracepţiei orale. În caz contrar, se poate recurge la electrocoagulare sau laser.

- **Limfangioamele** sînt leziuni în relief constituite din vase limfatice dilatate, ce formează chisturi, în general de culoare gălbuie, uneori roşiatică din cauza micilor vase de sînge care se amestecă în structura lor. Tratamentul este chirurgical.

ANGIOCHERATOZA DIFUZĂ SAU BOALA FABRY

Definiţie şi cauze

Boală genetică ereditară datorată deficitului unei enzime care intervine în metabolismul lipidelor (grăsimilor). Acest deficit determină acumularea anumitor lipide (glicolipide) în ţesuturi, fenomen ce se află la originea semnelor clinice. Gena deficientă este situată pe cromozomul X şi transmiterea este numită dominantă, adică este suficient ca o singură genă deficientă să fie transmisă de unul dintre părinţi pentru ca boala să se manifeste la copil. Boala apare atît la băieţi cît şi la fete; totuşi băieţii dezvoltă o formă mai gravă, întrucît ei au un singur cromozom X.

Frecvenţă

Boala atinge o persoană din 40 000.

Semne şi simptome

Apariţia semnelor se produce în general în adolescenţă, cu:

1. Anomalii cutanate la nivelul taliei şi al porţiunii superioare a coapsei (zonă numită în „chilot"), cu apariţia de mici vase dilatate (angioame) acoperite de o piele îngroşată (cheratoză).
2. Afectarea ochilor (opacităţi la nivelul corneei [A16-14(1)]).
3. Accese de febră cu dureri avînd caracter de arsură, la nivelul mîinilor şi picioarelor.

Investigaţii

Absenţa enzimei în cauză (alfagalactozidaza A) poate fi evidenţiată în globulele albe (leucocite) sau în serul sangvin.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Speranţa de viaţă este aproape normală la femei. Dimpotrivă, la bărbaţi boala este mai severă, cu apariţia la vîrsta adultă a mai multor complicaţii grave: afectarea renală evoluînd spre insuficienţă renală, afectarea cardiacă (infarct, tulburări de ritm), afectarea cerebrală (hemoragie).

◆ **Tratament**

Substituirea enzimei deficiente prin transfuzii este în studiu.

◆ **Prevenţie**

Diagnosticul prenatal este posibil prin dozarea enzimei pe un eşantion prelevat din lichidul amniotic sau din placentă.

ANGIOCOLITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie a bilei, fie la nivelul căilor biliare din interiorul ficatului, fie la nivelul celor din exteriorul acestuia (vezică biliară [A 12-4(1)], canal coledoc [A12-7(3)], ce conduce bila de la ficat şi vezica biliară în intestin). Cauza este blocarea scurgerii bilei, cel mai adesea prin prezenţa unui calcul în canalul coledoc, mai rar printr-o tumoră (mai ales a pancreasului, situat în zona de vărsare a coledocului în intestin).

◆ **Frecvenţă**

Complicaţie relativ frecventă a calculilor biliari care se întîlnesc la aproape 15% din populaţie. Ea se întîlneşte mai ales după vîrsta de 70 ani, la persoane care au avut deja probleme legate de calculii biliari.

Semne şi simptome

Cele trei semne principale sînt:

1. Durerea, care evoluează în spasme (colică biliară).
2. Febra ridicată (> 39°C) însoţită de frisoane.
3. Icterul (coloraţia galbenă a pielii), adesea discret (vizibil doar la nivelul albului ochilor).

Investigaţii

Testele sangvine arată o creştere a numărului de globule albe (leucocitoză), o creştere a concentraţiei de bilirubină (pigment din bilă prezent în sînge şi care determină apariţia icterului), a enzimelor

hepatice (fosfatază alcalină, transaminaze). Germenele responsabil este căutat în sînge (hemoculturi) pentru a putea alege un antibiotic adecvat. Ecografia abdominală evidenţiază dilatarea canalelor biliare deasupra calculului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Un tratament precoce permite în general o evoluţie favorabilă. Principala complicaţie, survenind mai ales în caz de tratament tardiv, este infecţia generalizată (septicemia) cu stare de şoc ce poate duce la decesul pacientului.

◆ **Tratament**

Tratamentul iniţial este medical: antibiotice pe cale intravenoasă, întreruperea alimentaţiei şi perfuzarea de lichide. El este completat, în primele 48 de ore, cu tratamentul chirurgical ce permite îndepărtarea obstacolului sau devierea scurgerii bilei: intervenţie care îndepărtează vezicula biliară (colecistectomie); introducerea unui tub prin gură pînă la nivelul de vărsare a coledocului în intestin, tub prevăzut cu un sistem de vizualizare şi un mic bisturiu, pentru a secţiona muşchiul care închide canalul coledoc şi a permite evacuarea calculului (colangiografie retrogradă cu sfincterotomie).

◆ **Prevenţie**

Acest tip de complicaţie poate fi evitat prin îndepărtarea veziculei biliare încă din faza în care conţine calculi care determină apariţia de episoade dureroase (colică biliară). Se poate trăi foarte bine fără veziculă biliară; este suficientă evitarea meselor copioase, în special a celor prea bogate în grăsimi.

ANGIOEDEMUL SAU (VEZI) QUINCKE (EDEMUL)

ANGIOSTRONGILOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Este o parazitoză produsă de *Angiostrongylus cantonensis*. Contaminarea se face prin ingestia de moluşte, crabi, crevete de apă dulce, crude sau insuficient preparate termic sau de vegetale contaminate de mici moluşte. Decalajul dintre contaminare şi apariţia bolii (perioada de incubaţie) este de 10 zile.

◆ **Răspîndire**

Este prezentă în Asia de Sud-Est şi în Pacific.

◆ **Semne şi simptome**

Apare un sindrom meningeal (dureri de cap, febră, vărsături, redoare [rigiditate] a cefei, poziţie de calmare „în cocoş de puşcă“ etc.) cu tulburări de sensibilitate (furnicături, arsuri) şi uneori paralizii la nivelul nervilor feţei.

◆ **Investigaţii**

Sînt necesare puncţia lombară şi analiza sîngelui. În ambele cazuri se evidenţiază numeroase globule albe numite polimorfonucleare eozinofile, care reprezintă un semn de infecţie parazitară.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Vindecarea este în general spontană, fără sechele.

◆ **Tratament**

Tratamentul nu este util decît pentru calmarea durerilor. De cele mai multe ori analgezicele uzuale sînt suficiente; în formele severe pot fi utilizaţi corticoizii.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia constă în prepararea termică suficientă a moluştelor şi crustaceelor precum şi în evitarea consumului de vegetale contaminate.

ANGOASA (NEVROZA DE)

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburare psihologică caracterizată printr-o anxietate cronică, fără motiv aparent, adesea punctată de atacuri de panică sau de angoasă. Factorul favorizant este stresul emoţional sau afectiv.

◆ **Frecvenţă**

Este o tulburare frecventă, care afectează 3–5% din populaţie. Atinge în principal adultul tînăr, cu o netă predominanţă la sexul feminin.

◆ **Semne şi simptome**

Prima formă este atacul de panică: criză de anxietate acută, cu apariţie bruscă (cîteva minute), asociată cu manifestări organice (palpitaţii, senzaţie de presiune toracică, greţuri, dureri abdominale,

tremurături, hiperventilaţie, transpiraţii etc.) Apare de altfel o senzaţie de disconfort interior, de distrugere, de catastrofă iminentă, însoţită de teamă (teama de a muri, de a înnebuni etc.). Al doilea tablou este cel al tulburării anxioase generalizate, în care semnele sînt identice, dar mai puţin intense şi de durată mai lungă.

Evoluţie şi complicaţii

Atacul de panică durează de la cîteva minute pînă la una sau două ore. Repetarea atacurilor duce la o formă cronică, tulburarea de panică, la o treime din pacienţi. În acest caz, asocierea depresiei este frecventă, cu un risc suicidar real. Anxietatea generalizată are o tendinţă pronunţată de cronicizare.

Tratament

Tratamentul tulburării de panică utilizează antidepresive. În anxietatea cronică sînt utilizate benzodiazepinele şi uneori antidepresivele. Psihoterapia este indicată în ambele forme.

ANGUILULOZA SAU STRONGILOIDOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Parazitoză produsă de un vierme, *Strongyloides stercoralis,* care pătrunde în organism prin piele, după contactul cu apa contaminată cu materii fecale. El ajunge la plămîni, urcă prin căile respiratorii pînă în faringe, de unde este înghiţit. În intestin femela depune ouă care eclozează şi se pot transforma în larve, ceea ce explică persistenţa bolii de-a lungul mai multor zeci de ani.

Răspîndire

Boala este prezentă în toate zonele tropicale şi în jurul Bazinului mediteraneean. Omul este principalul rezervor al parazitului.

Semne şi simptome

Este posibil ca nici un semn să nu apară pentru o lungă perioadă de timp. Penetrarea pielii dă numai o mică reacţie locală (mică zonă roşie la nivelul căreia apar mîncărimi [pruriginoasă]) care dispare în 1–2 zile. Trecerea parazitului prin plămîni se manifestă printr-o tuse seacă sau printr-o criză asemănătoare astmului. Faza intestinală se traduce prin dureri, diaree, alterarea stării generale şi urticarie cu apariţia pe piele a unei dîre pruriginoase ce avansează cu 10 cm/oră, numită larva currens (ce corespunde înaintării larvei pe sub piele).

◆ **Investigaţii**

Larvele sînt detectate în scaun (examenul parazitologic al scaunului). Analiza sîngelui evidenţiază o creştere importantă a numărului de globule albe numite polimorfonucleare eozinofile, ceea ce reprezintă un semn de infecţie parazitară.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este bună sub tratament. La persoanele la care mecanismele de apărare ale organismului sînt deficitare (imunodepresie: SIDA, chimioterapie pentru cancer, diabet, alcoolism, administrare de corticoizi), este posibilă apariţia unei strongiloidoze generalizate, cu atingerea a numeroase organe, cu prognostic nefavorabil.

◆ **Tratament**

Se bazează pe antihelmintice (medicamente care omoară viermii): thiabendazol, (Mintezol®), albendazol (Zentel®, Duador®, Eskazole®), ivermectin (Mectizan®).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Evitarea mersului pe jos cu picioarele goale în zonele umede previne pătrunderea viermelui prin piele.

ANGORUL SAU (VEZI) ANGINA PECTORALĂ

ANISAKIAZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie produsă de un parazit care atacă tubul digestiv. Este datorată unei larve din familia *Anisakiadae.* Contaminarea se face prin consumul de peşte (hering, sardea, morun etc.) contaminat, crud sau insuficient preparat termic.

◆ **Răspîndire**

Peştii infestaţi se găsesc în Japonia, în Marea Mînecii şi Marea Nordului, ca şi pe coastele Americii.

◆ **Semne şi simptome**

După o perioadă de cîteva ore pînă la

două zile de la ingestie apar dureri abdominale intense, localizate imediat sub stern (epigastralgii), diaree, greață și vărsături.

◆ **Investigații**

Endoscopia (introducerea prin gură pînă în stomac a unui tub prevăzut cu un sistem optic) și examenul radiologic cu ingestia unei substanțe care face vizibile intestinele sub razele X (tranzit cu substanță de contrast) permit stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

Forma cronică corespunde penetrării larvei în peretele intestinal, cu formarea unei excrescențe produse de inflamație (granulom) care poate antrena un tablou de ocluzie sau de apendicită.

◆ **Tratament**

În stadiul inițial endoscopia permite extragerea larvei. În forma cronică este necesară intervenția chirurgicală pentru extragerea granulomului.

◆ **Prevenție și educație**

Prevenția constă în congelarea peștelui timp de 24 ore la –20°C sau prepararea sa la peste 60°C.

ANOREXIA MENTALĂ

◆ **Definiție și cauze**

Restricție alimentară voluntară susținută de teama de îngrășare, în condițiile în care greutatea corporală este deja anormal de mică. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvență**

Această tulburare apare în special la adolescente, care provin cel mai frecvent din medii socio-economice favorizate. Sînt afectate între 0,5 și 1% din femeile cu vîrste cuprinse între 16 și 25 ani, un caz din 10 fiind de sex masculin.

◆ **Semne și simptome**

Cele trei semne principale sînt:

1. Limitarea voluntară a aportului de hrană, însoțită de respingerea acesteia tradusă prin vărsături, provocate uneori după accese de bulimie, prin abuzul de laxative etc.
2. Scăderea în greutate, putînd ajunge pînă la 50% din greutatea normală pentru vîrsta respectivă.
3. Absența menstruației (amenoree) la fetele trecute de pubertate. Apare frecvent o hiperactivitate fizică și intelectuală.

◆ **Investigații**

Bilanțul sanguin are ca scop aprecierea repercursiunilor asupra stării de nutriție și excluderea altor afecțiuni.

◆ **Evoluție și complicații**

Principalele complicații sînt reprezentate de: scăderea extremă în greutate cu epuizarea organismului (cașexie) și de apariția unor dezechilibre sanguine (în special lipsa de potasiu). Este o boală gravă care poate fi uneori mortală. Într-o treime din cazuri evoluția este bună, cu reluarea unei vieți normale; în altă treime din cazuri vindecarea este incompletă, cu dificultăți psihologice și deprinderi alimentare ieșite din comun; în fine, o treime din cazuri prezintă o agravare, cu cronicizarea bolii.

◆ **Tratament**

Este necesară spitalizarea (uneori de urgență, în caz de pericol imediat pentru viața pacientei), cu separarea temporară de familie. Ulterior este necesară asistența unui psihoterapeut, inclusiv pentru familie.

ANOSMIA

Pierdere totală sau parțială a mirosului, afectînd una sau ambele nări. Există trei forme, ale căror cauze sînt diferite:

- Forma acută, consecință a unui traumatism cranian (leziuni ale terminațiilor nervoase care participă la realizarea mirosului), a unei infecții de la nivelul nasului sau sinusurilor, sau a unei intervenții chirurgicale pe creier (neurochirurgie).
- Forma progresivă, care poate fi cauzată de o infecție cronică (rinită, sinuzită), de prezența de polipi la nivelul foselor nazale sau sinusurilor, sau de tumori cerebrale.
- Forma congenitală (care există de la naștere), ce corespunde sindromului Kallmande Morsier.

...ICORPII
...IFOSFOLIPIDICI
...DROMUL)

Anomalie a coagulării sangvine determinată de producerea de către organism a unor structuri de apărare anormale (anticorpi antifosfolipidici). Consecinţele sînt: formarea anormală de cheaguri care obstruează (astupă) venele (flebite, embolii pulmonare) şi arterele (întreruperea circulaţiei într-un membru cu dispariţia pulsului sub zona de obstrucţie), precum şi producerea repetată de avorturi spontane. În majoritatea cazurilor această anomalie este izolată, dar uneori este asociată unei afecţiuni sistemice cum ar fi lupusul. Tratamentul utilizează medicamente anticoagulante (antivitamine K sau aspirină în cursul sarcinii).

...TITROMBINA III
...FICITUL DE)

Definiţie şi cauze

Boală genetică tradusă printr-un deficit de antitrombină III, care reprezintă un factor ce previne coagularea sîngelui. Consecinţa este un risc crescut de formare de cheaguri (tromboză). Transmiterea bolii este dominantă, adică este suficient ca unul dintre părinţi să aibă boala şi să transmită gena, pentru ca să fie afectat copilul.

◆ **Frecvenţă**

Acest deficit afectează o persoană din 2 000–5 000.

◆ **Semne şi simptome**

Venele care se obstruează sînt în principal cele ale gambelor şi cele ale intestinului (venele mezenterice).

◆ **Investigaţii**

Se poate doza activitatea antitrombinei III prin prelevarea unei probe de sînge.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Cheagurile din venele gambelor pot să urce spre inimă şi să obstrueze artera pulmonară, producînd o complicaţie redutabilă, embolia pulmonară.

◆ **Tratament**

Utilizează medicamente anticoagulante. În cazul ocluziei unei vene, tratamentul iniţial cuprinde heparină (în perfuzie sau în injecţii subcutanate), urmată de administrarea de anticoagulante orale (antivitamine K) pentru tot restul vieţii, pentru prevenirea recidivelor. La anumite persoane heparina este ineficientă, situaţie în care se poate administra antitrombină III umană purificată.

◆ **Prevenţie**

Un studiu familial este util, dat fiind faptul că jumătate din membrii familiei ar putea fi afectaţi. Este important ca anomalia să fie detectată, întrucît, chiar în absenţa manifestărilor bolii, tratamentul preventiv este necesar în cazul apariţiei unei probleme medicale sau chirurgicale, ocazie în care riscul de tromboflebită creşte semnificativ.

ANTRAXUL
SAU (VEZI) CĂRBUNELE

ANURIA

Absenţa totală a eliminării de urină. Cele mai frecvente cauze sînt: obstrucţia căilor urinare (calcul, tumoră etc.) sau disfuncţia rinichilor (insuficienţa renală acută).

ANXIETATEA DE SEPARARE

◆ **Definiţie şi cauze**

Anxietate excesivă care apare atunci cînd copilul este despărţit de părinţii săi. Debutul se situează în medie în jurul vîrstei de 6–7 ani şi poate fi spontan sau poate surveni în urma unui eveniment de viaţă stresant (boală, spitalizare, deces în familie, schimbarea şcolii etc.).

◆ **Frecvenţă**

Afectează 4% din totalul copiilor şi adolescenţilor, reprezentînd astfel cea mai frecventă tulburare anxioasă la aceste grupe de vîrstă.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele 3 semne sînt:

1. Suferinţa intensă în momentul despărţirii: plînsete, crize de furie, rugăminţi insistente adresate părinţilor

pentru a nu pleca; stare de panică ce asociază dureri de cap, greţuri, vărsături, palpitaţii, ameţeli etc.
2. Apariţia unor frămîntări şi preocupări morbide: teamă de accidente sau de boli pentru sine sau pentru părinţi; teamă exagerată de agresori, hoţi, răpitori de copii etc.
3. Dorul de acasă şi dorinţa intensă de reunire a familiei: sentimentul de lipsă de acasă însoţit de tristeţe, apatie şi incapacitatea de concentrare asupra unei activităţi.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Afecţiunea evoluează de-a lungul mai multor ani, cu perioade de acalmie, întrerupte de perioade de crize. Principalele complicaţii sînt izolarea si refuzul social (refuz şcolar, tulburări de comportament, agresivitate). Este necesară o supraveghere atentă a dezvoltării copilului, deoarece există riscul apariţiei unor tulburări psihice majore (fobii, depresii, toxicomanie).

◆ **Tratament**

Abordarea cazului este în primul rînd psihoterapeutică: recurgerea la medicamente este rezervată cazurilor severe sau rezistente la psihoterapie. Acest suport psihologic trebuie să vizeze atît părinţii, cît şi copilul.

APENDICITA ACUTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţie acută a apendicelui [A 12-10(1)] care poate fi favorizată de o încetinire a digestiei (mai exact, a tranzitului intestinal) sau de obstrucţia apendicelui printr-o acumulare de materii fecale întărite (coprolit).

◆ **Frecvenţă**

Apendicita acută este cauza a 25% din consultaţiile efectuate în serviciile de urgenţă pentru dureri abdominale acute. Este subestimată la adult şi la vîrstnic, adesea operaţi în stadiul complicaţiilor, dar este, dimpotrivă, supraestimată la copil şi adolescent.

◆ **Semne şi simptome**

Forma tipică asociază:
1. Durere spontană, brusc instalată, situată în partea dreaptă la nivelul regiunii inferioare a abdomenului (fosa iliacă dreaptă), care se accentuează la apăsare, adesea cu întărirea peretelui abdominal prin contracţia musculaturii de la acest nivel (reacţie de apărare).
2. Febră (37,5–38°C).
3. Vărsături.
4. Diaree.

Unele forme sînt înşelătoare, durerea fiind localizată în altă regiune abdominală şi putînd sugera alte boli (colică renală, ocluzie intestinală, complicaţie a unei hernii etc.).

◆ **Investigaţii**

Analizele sanguine arată o creştere a numărului de globule albe (leucocitoză). Radiografia abdominală şi ecografia permit excluderea altor afecţiuni.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este reprezentată de perforarea intestinului care determină peritonita (infecţie a cavităţii abdominale). În caz de întîrziere a tratamentului se poate produce o infecţie generalizată (septicemie).

◆ **Tratament**

Singura metodă de tratament al apendicitei acute este intervenţia chirurgicală. Este o operaţie foarte simplă, care poate fi realizată în general fără a „deschide“ abdomenul, introducînd instrumentele chirurgicale prin mici orificii realizate în peretele abdominal (intervenţie prin celioscopie sau laparoscopie). Complicaţiile sînt foarte rare şi mortalitatea este astăzi cu totul excepţională.

APLAZIA MEDULARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afectare a măduvei osoase care determină o scădere dramatică a producţiei de globule roşii (hematii), globule albe (leucocite) şi plachete sanguine (trombocite) (se vorbeşte în acest caz de pancitopenie, termen care desemnează o scădere a numărului tuturor categoriilor de celule sanguine). Cauzele cele mai frecvente sînt de natură toxică (citostatice, alte medicamente, iradiere), genetică (boala Fanconi) sau infecţioasă (hepatita virală). În unele cazuri însă nu poate fi găsită nici o cauză.

Frecvenţă

Reprezintă o situaţie frecventă din cauza numărului mare de cancere tratate prin chimioterapie.

Semne şi simptome

Debutul aplaziei este adesea insidios. Semnele cele mai frecvente sînt reprezentate de oboseală, paloare, apariţia unor mici puncte roşii pe piele (peteşii), echimoze (vînătăi), sîngerări la nivelul gingiilor, nasului sau tubului digestiv (vărsături cu sînge sau pierderi de sînge prin anus). Uneori o simplă infecţie permite descoperirea anomaliei prin analiza sîngelui.

Investigaţii

Numărătoarea globulelor şi a plachetelor într-o probă de sînge permite stabilirea diagnosticului. Uneori este necesară efectuarea unei puncţii şi a unei biopsii a măduvei osoase, care reprezintă locul de formare a celulelor sangvine.

Evoluţie şi complicaţii

Prognosticul depinde de cauză, de severitatea afectării, de reversibilitatea acesteia şi de efectele tratamentului. Este o afecţiune gravă, care poate fi mortală, mai ales prin riscul producerii unor infecţii grave, întrucît organismul nu mai are suficiente leucocite pentru a lupta împotriva germenilor.

Tratament

Prevenirea şi tratamentul precoce al infecţiilor sînt esenţiale. Deficitul de celule sanguine poate fi corectat prin transfuzii (hematii, trombocite), precum şi prin administrarea de factori de creştere ai celulelor sangvine (de ex. Granocyte®, Leucomax®, Neupogen®) şi de hormoni masculini.

Prevenţie

Mijloacele de reducere a frecvenţei şi/sau severităţii aplaziei sînt: ameliorarea protocoalelor de chimioterapie, utilizarea factorilor de creştere şi limitarea utilizării medicamentelor potenţial toxice (un anumit număr este de altfel retras în mod regulat de pe piaţă din cauza acestei complicaţii).

APNEEA ÎN SOMN (SINDROMUL DE)

◆ **Definiţie şi cauze**

Apariţia de episoade scurte de oprire sau de reducere a frecvenţei respiraţiei în timpul somnului. Cauza principală este obstrucţia căilor respiratorii din cauza relaxării excesive a muşchilor care le înconjoară şi care le permit în mod normal să rămînă deschise în timpul somnului; mai rar, este vorba de o tulburare la nivelul centrului nervos din creier care controlează respiraţia.

◆ **Frecvenţă**

Profilul tipic este cel al unui bărbat (sau femeie după instalarea menopauzei) obez, între 40 şi 65 ani, consumator de alcool. Conform unor studii, pînă la 4% din bărbaţi ar fi afectaţi.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă prin asocierea de:

1. Sforăit nocturn puternic, neregulat, cu pauze urmate de un inspir zgomotos.
2. Somnolenţă în timpul zilei.
3. Tulburări ale atenţiei şi memoriei.
4. Iritabilitate.
5. Dureri de cap matinale.

◆ **Investigaţii**

Diferite înregistrări efectuate în cursul somnului permit stabilirea diagnosticului: măsurarea concentraţiei oxigenului sangvin, electroencefalograma etc.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Complicaţiile sînt hipertensiunea arterială, creşterea numărului de globule roşii (poliglobulie, care determină scăderea fluidităţii sîngelui), hipertensiunea pulmonară şi accidentele rutiere sau de muncă legate de somnolenţă.

◆ **Tratament**

Primele măsuri constau în îndepărtarea factorilor de risc (obezitate, alcool, somnifere). Chirurgia este indicată uneori în cazurile de severitate redusă, în special pentru reconstrucţia zonei posterioare a gîtului la nivelul căreia se separă esofagul şi traheea (uvulo-palato-faringoplastie). Însă cea mai bună metodă de tratament este utilizarea pe timpul nopţii a unui aparat de asistare a respiraţiei, prevăzut cu o mască nazală care, da-

torită presiunii pe care o generează, permite căilor respiratorii să rămînă deschise în permanenţă (pompă cu presiune pozitivă).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Sforăiturile nocturne nu trebuie neglijate şi acest diagnostic trebuie luat în considerare în asemenea situaţii din cauza gravităţii complicaţiilor sale. Pacienţii care folosesc aparate de asistare a respiraţiei trebuie educaţi în privinţa utilizării acestora.

ARBOVIROZELE

Ansamblu de boli infecţioase provocate de arbovirusuri, virusuri transmise prin înţepătura unor insecte (numite artropode, de unde şi denumirea, derivată din expresia în limba engleză „artropod-borne virus"). Aceste boli se manifestă fie prin febră mare, brusc instalată, însoţită de dureri (febra de căpuşă de Colorado, febra denga etc.), fie prin tulburări ale stării de conştienţă, mergînd pînă la comă (encefalita de Saint-Louis, encefalita japoneză etc.), fie prin hemoragii (febra galbenă, febrele hemoragice etc.). Unele evoluează favorabil, dar o parte din ele sînt grave şi pot fi mortale, în special la bolnavii cu rezistenţă scăzută, cum ar fi persoanele vîrstnice. Pentru unele din aceste boli, cum ar fi febra galbenă şi encefalita japoneză există vaccinuri care sînt obligatorii în cazul călătoriilor în ţările aflate cu risc.

ARITMIA COMPLETĂ PRIN FIBRILAŢIE ATRIALĂ SAU (VEZI) FIBRILAŢIA ATRIALĂ

ARNOLD-CHIARI (MALFORMAŢIA)

Anomalie a porţiunii inferioare a creierului situată la nivelul orificiului care face legătura între cutia craniană şi prima vertebră a gîtului (gaura occipitală). Anumite structuri ale creierului (amigdalele cerebeloase) alunecă spre măduva spinării, îngroşată şi ea la acest nivel. Ca urmare, este împiedicată scurgerea lichidului ce înconjoară şi protejează creierul (lichidul cefalorahidian); acesta nu mai poate coborî de-a lungul măduvei spinării, producîndu-se hidrocefalia (acumularea de lichid în cutia craniană), cu hipertensiune intracraniană. Această malformaţie poate fi izolată sau asociată unei alte anomalii a măduvei spinării, numită siringomielie. Principalele semne sînt: durerile de cap însoţite de vărsături şi tulburări ale stării de conştienţă, asociate cu retard mental. Examenul IRM este investigaţia de primă alegere, iar tratamentul este chirurgical, cu deschiderea găurii occipitale.

ARSURILE

◆ **Definiţie şi cauze**

Distrugere mai mult sau mai puţin importantă a pielii produsă de flăcări (la adult) sau de lichide fierbinţi (la copil), ceea ce antrenează o importantă pierdere de apă din organismul rămas astfel fără ţesut exterior de protecţie. Accidentele domestice sau profesionale reprezintă cauzele principale.

Frecvenţă

Anual se înregistrează un număr important de cazuri de arsuri din care 5% sunt grave.

◆ **Semne şi simptome**

Gradul I se caracterizează prin roşeaţă şi durere (corespunde insolaţiei; este afectată doar epiderma).

Gradul II (afectarea epidermei şi a dermei superficiale) antrenează prezenţa de bule (flictene) pe fond roşu şi foarte dureros în forma superficială, rozat şi mai puţin sensibil în forma profundă.

In **gradul III** apare un aspect cartonat sau carbonificat cu pierderea totală a sensibilităţii (absenţa durerii).

◆ **Investigaţii**

Evaluarea suprafeţei arsurii este esenţială (palma pacientului ars reprezintă circa 1% din suprafaţa sa corporală).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este legat în principal de suprafaţa corporală arsă şi de vîrsta pacientului şi, într-o mai mică măsură, de profunzimea arsurilor. Orice arsură pe mai mult de 15% din suprafaţa corporală la adult şi mai mult de 10% la copil

este gravă. Celelalte criterii de gravitate sînt: anumite localizări (față, mîini, organe genitale) și asocierea cu inhalarea de fum. Principalele complicații sînt legate în stadiul inițial de pierderea de apă prin scurgere și evaporare de la nivelul leziunilor, cu riscul instalării unei stări de șoc, iar în stadiul mai tardiv, de apariția infecțiilor.

Tratament

În arsurile de mică întindere sînt suficiente pansamentele, medicamentele împotriva durerii și supravegherea apariției infecțiilor. În celelalte cazuri este necesară perfuzarea unor mari cantități de lichide, pentru compensarea pierderilor de apă ale organismului. Tratamentul durerii cu morfină sau unul dintre derivații acesteia este esențial. Atunci cînd arsurile se întind pe toată circumferința unui membru se practică incizii, numite incizii de decompresiune, pentru a evita comprimarea vaselor și a nervilor prin umflarea țesuturilor determinată de edem. Cînd sînt prezente arsuri la nivelul feței și al gurii, pacientul trebuie anesteziat și trecut pe respirație artificială pentru a evita asfixia provocată de tumefierea gîtului. În continuarea tratamentului, grefele de piele sînt larg utilizate.

Prevenție și educație

Prevenția arsurilor constă în evitarea accidentelor domestice și profesionale.

ARSURILE OCULARE CHIMICE

◆ **Definiție și cauze**

Leziuni produse prin împroșcarea cu acizi sau baze (sodă, potasă, amoniac). Gazele lacrimogene provoacă de asemenea leziuni grave ale corneei.

◆ **Frecvență**

Sînt frecvente și grave, în special la copii (fiind cauzate de produse de uz casnic) și în urma accidentelor de muncă din mediul industrial.

Semne și simptome

Ochiul este roșu, dureros, uneori cu un aspect tern al corneei. Pleoapele și fața prezintă de asemenea semne de arsură.

◆ **Investigații**

Este necesar examenul oftalmologic specializat, efectuat în urgență.

◆ **Evoluție și complicații**

Prognosticul este adesea nefavorabil, în special în cazul substanțelor chimice de tipul bazelor, din cauza difuziunii în profunzime, cu importante sechele la nivelul corneei, conjunctivei, pleoapelor și cristalinului.

◆ **Tratament**

Primul gest este spălarea imediată și prelungită cu apă de la robinet, în încercarea de a îndepărta fragmentele solide care ar putea rămîne sub pleoape. Ulterior rănitul va fi încredințat cît mai repede posibil unui oftalmolog, care va evalua severitatea leziunilor, va completa lavajul și va prescrie colirele adecvate. Sechelele sînt adesea importante.

◆ **Prevenție și educație**

Prevenția este cea a accidentelor domestice și profesionale. Ea presupune purtarea ochelarilor de protecție în timpul manipulării substanțelor periculoase.

ARTERIOPATIA OBLITERANTĂ A MEMBRELOR INFERIOARE

◆ **Definiție și cauze**

Obstrucție a arterelor membrelor inferioare datorată unei alterări a peretelui lor, caracterizată în principal prin depunerea de grăsimi (ateroscleroză), cu îngroșarea peretelui, formare de cheaguri, îngustarea și apoi astuparea vasului. Cel mai important factor favorizant este fumatul.

◆ **Frecvență**

Boală frecventă responsabilă de un număr important de amputații pe an.

◆ **Semne și simptome**

Semnul cel mai important este claudicația intermitentă: crampă (cel mai frecvent la nivelul gambei) ce apare în timpul mersului, obligînd bolnavul să se oprească; reapare întotdeauna după aceeași distanță de mers (cu cît această distanță este mai mică, cu atît afectarea este mai severă). Durerile pot apărea și în poziția culcat;

ele sînt calmate de poziţia atîrnată a picioarelor. Pulsul la nivelul piciorului este slab sau absent.

◆ **Investigaţii**

Circulaţia sîngelui în artere este evaluată printr-o investigaţie care utilizează ultrasunetele (ecografia Doppler). Arteriografia (probă care prin injectarea unei substanţe ce opacifiază arterele permite vizualizarea acestora la examenul radiologic) face parte din bilanţul preoperator.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt leziunile provocate de circulaţia deficitară a sîngelui (ulcer de gambă, amputarea degetelor de la picioare, ale căror ţesuturi mor întrucît nu mai sînt irigate, întreruperea brutală a circulaţiei sanguine la nivelul membrului inferior etc.). Dacă nu se înlătură factorii de risc, în special fumatul, boala evoluează inevitabil spre amputaţii repetate, la niveluri din ce în ce mai înalte.

◆ **Tratament**

Cea mai importantă este eliminarea sau corectarea factorilor de risc ai bolii (fumat, hiperlipidemii, adică concentraţii prea mari de grăsimi în sînge, hipertensiune arterială, diabet), precum şi încurajarea mersului pe jos, zilnic. Medicamentele utilizate sînt cele care limitează formarea cheagurilor (aspirina) şi cele care dilată arterele (de ex. pentoxifilin). Tratamentul chirurgical urmăreşte dezobstrucţia arterelor (dilatare cu balonaş), ocolirea porţiunii înfundate a arterei (by-pass) şi, atunci cînd întreruperea circulaţiei duce la moartea ţesuturilor, amputaţia.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Întreruperea fumatului este imperios necesară de la primele semne de boală.

ARTERIOSCLEROZĂ

Termen general care desemnează îngroşarea şi pierderea elasticităţii peretelui arterelor. Forma cea mai importantă este ateroscleroza, care afectează arterele de calibru mediu şi mare.

ARTERITA CU CELULE GIGANTE SAU (VEZI) HORTON (BOALA)

ARTERITA TAKAYASU

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală a vaselor sangvine constînd într-o inflamaţie ce afectează în principal pereţii anumitor artere (în special aorta şi ramurile sale) şi care determină apariţia de stenoze (îngustări) sau dilataţii. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Este o boală rară, care afectează în special femeile tinere.

◆ **Semne şi simptome**

În jumătate din cazuri, boala debutează prin semne care pot fi prezente în numeroase alte boli: alterarea stării generale, febră, dureri articulare şi musculare. După cîteva luni, simptomele sînt legate de consecinţele îngustărilor, ocluziilor sau dilatărilor arterelor afectate: absenţa sau diminuarea pulsului la nivelul membrelor superioare, angină pectorală sau infarct miocardic, accident vascular cerebral etc. Frecvent, apare hipertensiune arterială şi disfuncţia valvei aortice (valvă situată între inimă şi porţiunea iniţială a aortei, care împiedică sîngele să se întoarcă în inimă după ejecţia sa [A 7]).

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine arată semne de inflamaţie. Examenul radiologic cu injectarea de substanţe ce opacifiază arterele (angiografia) evidenţiază anomalii (îngustări, dilatări) la nivelul arterelor afectate.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Reprezintă o afecţiune serioasă, dar a cărei evoluţie este în general favorabilă. În unele cazuri se poate produce decesul prin insuficienţă cardiacă sau accident vascular cerebral. Sarcina este posibilă şi nu agravează boala; totuşi, este necesară supravegherea atentă a tensiunii arteriale.

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate sînt corticoizii. Chirurgia intervine pentru rezolvarea

complicațiilor tardive ale bolii (grefă, by-pass, corectarea dilatațiilor arterelor etc.).

ARTERITA TEMPORALĂ (VEZI) HORTON (BOALA)

ARTRITA

♦ **Definiție și cauze**

Inflamația unei articulații. Cauzele pot fi reprezentate de: infecții (artrită infecțioasă), boli reumatismale (poliartrită reumatoidă, spondilită anchilozantă etc.) sau afecțiuni metabolice (caracterizate prin acumularea unei substanțe în anumite țesuturi; de ex.: guta, condrocalcinoza).

♦ **Semne și simptome**

Semnele comune tuturor artritelor sînt:

1. Durerea, cu intensitate maximă în timpul nopții.
2. Limitarea mișcărilor în articulația afectată (impotență funcțională).
3. Roșeața, căldura și tumefacția (umflarea articulației).

♦ **Investigații**

Radiografiile arată semne diferite în funcție de cauză. Analizele sangvine permit evidențierea inflamației. Puncția articulației (atunci cînd este posibilă) este utilă, în special în cazul artritelor infecțioase (pentru identificarea germenelui în cauză).

♦ **Evoluție și complicații**

Prognosticul este variabil în funcție de cauză, dar principalul risc – mai ales în caz de întîrziere a începerii tratamentului – este distrugerea articulației.

♦ **Tratament**

Medicamentele se adresează durerii (analgezice) și inflamației (antiinflamatorii). Celelalte mijloace de tratament sînt reprezentate de imobilizarea în atelă gipsată (menținerea articulației într-o poziție corectă pentru a evita anchilozarea într-o poziție anormală) și de kinetoterapie în perioada nedureroasă. În caz de artrită infecțioasă, trebuie instituit urgent tratamentul antibiotic.

ARTRITA CRONICĂ JUVENILĂ

♦ **Definiție și cauze**

Reumatism care apare înaintea vîrstei de 16 ani; se împarte în trei grupe:

1. Forma generalizată, sau boala Still.
2. Forma poliarticulară (afectînd mai multe articulații).
3. Forma pauciarticulară (afectînd cel mult 4 articulații).

♦ **Frecvență**

Acest tip de reumatism este rar. Este de două ori mai frecvent la fete. Debutul se situează în medie în jurul vîrstei de 6 ani, cu două vîrfuri de frecvență (3–4 ani și 9–14 ani). Repartiția între cele trei forme este aproape egală.

♦ **Semne și simptome**

Articulațiile afectate sînt, în ordine: genunchii, articulațiile pumnului, articulațiile degetelor, coatele, gleznele, șoldurile etc. Apare durere, limitarea mobilității, tumefacții și creșterea temperaturii locale. În boala Still, deseori semnele generale preced afectarea articulațiilor.

♦ **Investigații**

Radiografiile arată cîteva modificări (hipertransparența extremităților oaselor, apoi pensarea [îngustarea] spațiului articular). Analizele de sînge nu evidențiază elemente deosebite.

♦ **Evoluție și complicații**

Principala complicație este apariția tulburărilor de creștere. Afectarea oculară (uveita) este posibilă în forma pauciarticulară. Afectarea renală (cu evoluție posibilă spre insuficiența renală) complică boala Still.

♦ **Tratament**

Medicamentele antiinflamatorii (aspirina) constituie baza tratamentului. Corticoizii nu sînt utilizați decît în formele generalizate grave, din cauza riscului tulburărilor de creștere pe care le induc. Kinetoterapia și suportul psihologic completează tratamentul.

ARTRITA INFECȚIOASĂ

♦ **Definiție și cauze**

Infecție a unei articulații. Ea provine cel mai adesea de la o infecție situată la alt

nivel în organism, germenul ajungînd în articulaţie pe cale sangvină, dar introducerea directă a germenelui în articulaţie este, de asemenea, posibilă (act chirurgical, injecţie, traumatism).

◆ **Frecvenţă**

Această afecţiune este din ce în ce mai rară de la introducerea utilizării pe scară largă a antibioticelor. Poate apărea la orice vîrstă, dar mai ales la pacienţii cu boli articulare inflamatorii preexistente. Germenele implicat cel mai frecvent astăzi este stafilococul.

◆ **Semne şi simptome**

Apar: febră, alterarea stării generale şi mărirea ganglionilor din regiunea situată deasupra articulaţiei afectate. Articulaţia este dureroasă, rigidă, caldă şi mărită de volum. Sînt afectate, în ordinea descrescătoare a frecvenţei: genunchiul, umărul, articulaţia pumnului, şoldul, articulaţiile falangelor şi coatele. La sugar, tabloul este mai puţin tipic: febră, iritabilitate, absenţa mobilităţii spontane a membrului afectat, durere la palparea şi mobilizarea articulaţiei de către examinator.

◆ **Investigaţii**

Puncţia articulară permite identificarea germenelui. Analizele sangvine arată semne de infecţie (creşterea numărului de globule albe) şi de inflamaţie (creşterea vitezei de sedimentare a hematiilor [VSH]).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este în general bună sub tratament antibiotic, dar, în caz de întîrziere a începerii tratamentului, apare riscul distrugerii articulaţiei. La copil, principala complicaţie este afectarea creşterii.

◆ **Tratament**

Instituirea tratamentului antibiotic intravenos reprezintă o urgenţă medicală. Este completată de evacuarea revărsatului lichidian din articulaţie (prin puncţionarea cu ajutorul unui ac sau intervenţie chirurgicală) şi de punerea în repaus a articulaţiei.

ARTROZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Afectare cronică a articulaţiilor determinată de distrugerea lentă a cartilajului şi a osului situat imediat sub acesta. Principalii factori de risc sînt: vîrsta, traumatismele, suprasolicitarea unor articulaţii sau obezitatea (pentru genunchi).

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune foarte frecventă al cărei risc de apariţie creşte o dată cu vîrsta. Artroza genunchiului reprezintă cea mai frecventă cauză de limitare a mersului.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o durere de intensitate redusă în timpul dimineţii, care se accentuează în cursul zilei şi atinge maximul seara şi care determină o limitare a mişcărilor. Se poate produce tumefacţia (umflarea) genunchiului din cauza acumulării de lichid în articulaţie (epanşament sinovial).

◆ **Investigaţii**

Radiografia pune în evidenţă semne care indică diagnosticul: îngustarea (pensarea) spaţiului articular, excrescenţe osoase (osteofite), aspect mai dens al osului situat imediat sub cartilaj (osteoscleroză).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este mai mult sau mai puţin rapidă, dar inevitabilă, către o limitare din ce în ce mai importantă a mişcărilor la nivelul articulaţiilor atinse. În unele forme rare este posibilă distrugerea rapidă a articulaţiei.

◆ **Tratament**

Cuprinde un ansamblu de mijloace al căror obiectiv este încetinirea progresiei bolii şi calmarea suferinţei pacientului (medicamente antialgice şi antiinflamatorii, infiltraţii intraarticulare, kinetoterapie etc.). În anumite localizări (în special pentru articulaţia şoldului) este indicat tratamentul chirurgical.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Scăderea în greutate este esenţială atunci cînd sînt afectate articulaţiile şoldului şi genunchiului. În general, este recomandată evitarea activităţilor care determină solicitări repetate şi forţate ale articulaţiilor.

ARTROZA CERVICALĂ SAU CERVICARTROZA SAU SPONDILOZA CERVICALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune a vertebrelor gîtului, caracterizată printr-o afectare a discurilor intervertebrale şi apariţia de excrescenţe cervicale (osteofite), care antrenează o îngustare a canalului ce conţine măduva spinării (canalul vertebral) ori a unuia sau mai multor orificii prin care pornesc nervii ce ajung la membrele superioare.

Frecvenţă

Este o afecţiune des întîlnită, care apare după vîrsta de 40 ani şi a cărei frecvenţă creşte cu vîrsta.

Semne şi simptome

Deseori este silenţioasă, alteori se manifestă prin dureri de ceafă ce iradiază spre umeri, cu limitarea mişcărilor gîtului.

Investigaţii

Radiografia coloanei vertebrale cervicale permite stabilirea diagnosticului.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia se face în puseuri care durează de la cîteva zile la cîteva săptămîni. Principalele complicaţii constau în apariţia de dureri la nivelul gîtului, umerilor şi mîinilor, determinate de compresia nervilor care pornesc de la măduva spinării spre zonele respective.

Tratament

Tratamentul crizei dureroase cuprinde administrarea de medicamente (împotriva durerilor sau analgezice, antiinflamatorii, decontracturante musculare sau miorelaxante), purtarea unui guler cervical şi fizioterapie (infraroşii etc.). Atunci cînd medicamentele nu mai pot calma durerile sau cînd acestea sînt permanente, chirurgia poate fi utilă pentru decomprimarea nervilor care sînt la originea durerilor.

ARTROZA COTULUI

Afecţiune rară a articulaţiei cotului, care apare la bărbaţii care au lucrat cu ciocane pneumatice sau cu alte utilaje asemănătoare. Disconfortul este moderat, dar uneori se pot produce blocaje articulare, din cauza fragmentelor de cartilaj care se desprind în articulaţie. Uneori, artroza cotului poate avea complicaţii de tipul paraliziilor de antebraţ şi mînă (paralizie cubitală), necesitînd intervenţie chirurgicală pentru decomprimarea porţiunii nervului cubital de la acest nivel.

ARTROZA DEGETELOR

Se disting trei tipuri:

– **Artroza interfalangiană distală sau nodulii Heberden:** este foarte frecventă la femei după menopauză, adesea ereditară. Afectează mai multe articulaţii, cu atingere progresivă, simetrică, a celor două mîini. Apar excrescenţe osoase, care se prezintă ca nişte nodozităţi la nivelul articulaţiilor de la vîrful degetelor (noduli Heberden). Frecvent, acestea nu determină disconfort. În momentul apariţiei nodulilor, aspirina şi imobilizarea temporară pot fi utile.
– **Artroza interfalangiană proximală sau nodulii Bouchard:** boală mai rară decît precedenta manifestată prin tumefacţia (umflarea) acelor articulaţii ale degetelor situate cel mai aproape de palmă (noduli Bouchard) cu limitarea mobilităţii acestora. Tratamentul cuprinde medicamente împotriva durerii şi a inflamaţiei, uneori chiar injectarea intraarticulară de corticoizi.
– **Artroza trapezometacarpiană sau rizartroza policelui:** este foarte frecventă la femei după menopauză. Se traduce prin dureri în articulaţia pumnului, declanşate de mişcarea policelui. Tratamentul cuprinde medicamente antialgice, injectare locală de corticoizi şi imobilizare.

ARTROZA GENUNCHIULUI SAU GONARTROZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune a articulaţiei genunchiului adesea secundară unei devieri a genunchiului fie spre interiorul axei şold-gleznă (genu varum), fie spre exteriorul acesteia (genu valgum). Poate fi, de asemenea,

consecinţa unei poziţii anormale (malpoziţie) a rotulei.

◆ **Frecvenţă**

Afectează mai ales femeile, în special obeze, după vîrsta de 40 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Apare durere la mers (în special la urcarea şi coborîrea scărilor), cu dificultatea de a îngenunchea şi de a se lăsa pe vine.

◆ **Investigaţii**

Radiografiile de genunchi arată afectarea articulară.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Epanşamentele (revărsatele lichidiene) articulare, care determină tumefacţia genunchiului, sînt frecvente. În cazurile mai avansate, capacitatea de mers poate fi semnificativ redusă.

◆ **Tratament**

Tratamentul cuprinde menajarea genunchiului, medicamente împotriva durerii şi a inflamaţiei, precum şi infiltraţii de corticoizi. În cazul afectării severe cu limitarea importantă a mersului, se poate recurge la intervenţia chirurgicală (repunerea articulaţiei în ax sau proteză de genunchi).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Reducerea excesului de greutate este esenţială.

ARTROZA HALUCELUI

Afectare frecventă, bilaterală, a articulaţiei situată între haluce (degetul mare) şi picior (numită articulaţia metatarsofalangiană). Rezultă adesea în urma unor mici traumatisme repetate, în special dacă există deformarea numită hallux valgus, caracterizată printr-o deviere a halucelui spre celelalte degete, cu apariţia unei proeminenţe („mont“) la nivelul articulaţiei. Se manifestă printr-o redoare (anchiloză) dureroasă care incomodează mersul şi prin posibilitatea apariţiei de puseuri inflamatorii (aspect roşu, creşterea temperaturii locale şi durere). Purtarea unor tălpi ortopedice ameliorează suferinţa bolnavilor. În stadiile avansate este indicată intervenţia chirurgicală (fixarea articulaţiei).

ARTROZA LOMBARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune a articulaţiilor vertebrelor lombare (în special la contactul dintre a 5-a vertebră lombară şi prima vertebră sacrată). Anumite profesii sînt mai expuse (şoferii), persoanele obeze şi unii sportivi.

◆ **Frecvenţă**

Este cea mai frecventă artroză şi aproape nici o persoană nu rămîne neafectată, deşi existenţa ei nu provoacă întotdeauna suferinţă.

◆ **Semne şi simptome**

Durerile sînt localizate în regiunea lombară, dar pot coborî şi spre fese. Ele se accentuează progresiv în cursul zilei. Crizele acute sînt relativ frecvente (lumbago, sciatică).

◆ **Investigaţii**

Radiografiile permit stabilirea diagnosticului (îngustarea spaţiului articular, excrescenţe osoase numite „ciocuri de papagal“).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este mai mult sau mai puţin rapidă, dar inevitabilă spre agravare progresivă.

◆ **Tratament**

Cuprinde medicamente împotriva durerii (analgezice), scăderea în greutate şi kinetoterapie. Îndepărtarea cauzei favorizante (reorientarea profesională) este adesea dificilă.

◆ **Educaţie**

Este foarte utilă educaţia privind poziţiile şi tehnicile de ridicare corectă a greutăţilor.

ARTROZA PUMNULUI

Afecţiune rară a articulaţiei pumnului care urmează adesea unui traumatism mai vechi (fractură, entorsă, luxaţie între radius şi pumn, fractura osului scafoid etc.). Dacă purtarea unei brăţări de imobilizare nu este suficientă, se poate propune intervenţia chirurgicală (artrodeza, care corespunde fixării articulaţiei pumnului).

ARTROZA TIBIOTARSIANĂ

Afecţiune foarte rară a articulaţiei gleznei care nu survine decît după un traumatism al gambei sau al piciorului. Atunci cînd determină o incomodare importantă a mersului, rezistentă la tratamentul cu medicamente ce combat durerea şi inflamaţia, ea necesită intervenţia chirurgicală (artrodeză, care corespunde fixării articulaţiei).

ARTROZA UMĂRULUI

Afecţiune rară care antrenează anchiloza articulaţiei umărului şi care urmează cel mai adesea unui traumatism (fractură, luxaţie, ruptură spontană a muşchilor care asigură rotaţia umărului [ruptură a coafei rotatorilor]). Radiografia arată îngustarea spaţiului articular şi prezenţa de excrescenţe osoase (osteofite). Tratamentul constă din medicamente împotriva durerii şi a inflamaţiei, injecţii intraarticulare cu derivaţi de cortizon şi kinetoterapie. Principala complicaţie este evoluţia rapidă spre distrugerea articulaţiei umărului, care poate necesita implantarea unei proteze articulare.

ASCARIDIAZA SAU ASCARIDIOZA

Definiţie şi cauze

Infecţie cauzată de un parazit, viermele numit *Ascaris lumbricoides*. Contaminarea se face prin ingestia de apă infestată cu ouăle viermelui. Larvele eclozează în intestin, invadează peretele acestuia şi migrează pe calea sîngelui spre plămîni, urcă de-a lungul căilor respiratorii şi apoi sînt înghiţite, trec în stomac şi ajung în intestinul subţire, unde se transformă în viermi adulţi care măsoară în jur de 20 de cm în lungime. Durata acestui ciclu este de 60 de zile; durata de viaţă a viermelui este de 1–2 ani.

◆ **Frecvenţa**

Boala este rară în ţările din zona temperată. În schimb, numărul cazurilor din zonele tropicale este estimat la circa un miliard.

Semne şi simptome

O infecţie moderată nu produce nici un simptom. Faza trecerii în plămîni este denumită sindrom Löffler şi se manifestă prin respiraţie dificilă (dispnee), febră uşoară şi uneori prurit (mîncărimi); aceste semne dispar spontan în 15–20 de zile. Viermele adult prezent în intestin provoacă dureri abdominale, balonare, diaree şi vărsături.

◆ **Investigaţii**

Examenul parazitologic al scaunului (examenul coproparazitologic) pune în evidenţă prezenţa ouălor; se poate observa eliminarea unui vierme o dată cu scaunul sau după un efort de vărsătură. Analiza sîngelui arată creşterea numărului unei categorii de globule albe numite granulocite eozinofile, care reprezintă semnul unei reacţii de tip alergic (reacţia organismului împotriva viermelui se aseamănă unei reacţii alergice).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Complicaţiile sînt în principal digestive: ocluzia sau perforaţia intestinală, infecţia vezicii biliare (angiocolită), inflamaţia pancreasului (pancreatită) sau apendicita. Cînd viermii sînt în număr mare pot determina malnutriţie.

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate sînt antiparazitare (care omoară viermii): pamoat de pyrantel (Helmintox®), flubendazol, albendazol (Zentel®, Eskazole®, Duador®).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia implică măsuri de epurare care elimină contaminarea cu materii fecale a apei potabile şi a celei menajere.

ASCITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Prezenţa de lichid în cavitatea abdominală. Principalele cauze sînt ciroza hepatică, tumorile maligne, insuficienţa cardiacă sau inflamaţia pancreasului (pancreatita).

◆ **Semne şi simptome**

Ascita nu poate fi detectată decît atunci cînd cantitatea de lichid acumulată depăşeşte un litru. Ulterior se produce distensia abdomenului; cînd cantitatea de lichid devine foarte mare, ombilicul începe să proemine şi îşi pierde pliurile.

◆ **Investigaţii**
Prin percutarea abdomenului cu degetele, medicul obţine un sunet mat la nivelul flancurilor abdomenului, legat de prezenţa de lichid (în timp ce, în mod obişnuit, senzaţia este aceea de piele de tobă, datorită aerului prezent în mod normal în intestin). Ecografia este cea mai bună investigaţie pentru detectarea ascitei, chiar şi cînd aceasta este în cantitate redusă (imaginea lichidului traversat de ultrasunete este complet diferită de cea a aerului conţinut în intestine şi de cea a grăsimii care înconjoară celelalte organe). Puncţia efectuată cu ajutorul unui ac obişnuit permite examinarea aspectului şi determinarea compoziţiei lichidului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Principalele complicaţii sînt reprezentate de apariţia herniilor, ruptura ombilicului, tulburările în funcţionarea ficatului şi a rinichilor (sindromul hepatorenal) şi mai ales infectarea lichidului, cu producerea peritonitei. Prognosticul este nefavorabil, în special în cazul cirozei sau al cancerelor, în care ascita este un semn al stadiului avansat de boală.

◆ **Tratament**
Cuprinde regim fără sare şi administrarea de diuretice (medicamente care stimulează eliminarea de urină, de ex. spironolactonă, furosemid). Uneori sînt necesare puncţii repetate pentru evacuarea lichidului şi pentru prevenirea unei distensii excesive a abdomenului.

ASPERGILOZA

◆ **Definiţie şi cauze**
Infecţie produsă de o serie de ciuperci din familia *Aspergillus* care se dezvoltă în reziduurile organice aflate în descompunere. Calea de contaminare obişnuită este cea respiratorie (sisteme de ventilaţie, plantele din ghivece, activitatea din construcţii etc.). Ca urmare, principalul organ afectat este plămînul.

◆ **Frecvenţă**
Forma gravă a acestei maladii apare aproape exclusiv la pacienţii ale căror sisteme de apărare sînt slăbite (pacienţii imunodeprimaţi, cum ar fi bolnavii de cancer aflaţi sub chimioterapie, bolnavii de SIDA etc.). În celelalte cazuri este vorba de indivizi ai căror plămîni sînt afectaţi de boli mai vechi, în special de tuberculoză.

◆ **Semne şi simptome**
Afectarea pulmonară se manifestă în general prin apariţia de expectoraţii (eliminări de spută) cu sînge. Este posibilă şi forma alergică manifestată prin accese brutale de tuse cu expectoraţii ce conţin granulaţii maronii. Forma gravă, numită aspergiloză invazivă, este o infecţie pulmonară care nu răspunde la antibiotice şi care se agravează extinzîndu-se şi la alte organe (creier, ochi, sinusuri, oase, inimă).

◆ **Investigaţii**
Radiografia pulmonară şi tomografia computerizată pot arăta semne ale unei infecţii difuze sau o imagine tipică, numită „în zurgălăi", care reprezintă o acumulare de filamente de ciupercă într-o cavitate (aspergilom). Examenul microscopic al expectoraţiei permite identificarea *Aspergillus*-ului. În unele forme, în special alergice, se pot detecta urme ale infecţiei prin diagnostic serologic (căutarea de anticorpi anticiupercă).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În formele simple, evoluţia este adesea trenantă, cu episoade repetate în care bolnavul expectorează sînge. Odată diagnosticul confirmat, evoluează favorabil sub tratament. La persoanele imunodeprimate poate evolua sever, ducînd la deces.

◆ **Tratament**
Antibioticele utilizate sînt din familia antifungicelor (medicamente împotriva ciupercilor). Este vorba despre amfotericina B sau de itraconazol (Sporanox®). Chirurgia poate fi uneori indicată pentru îndepărtarea unui aspergilom izolat într-o cavitate pulmonară.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
La pacienţii imunodeprimaţi măsurile de prevenţie sînt indispensabile, în special evitarea plantelor de apartament.

ASPIRAREA DE CORPI STRĂINI

Definiţie şi cauze

Trecerea alimentelor în trahee în loc de esofag [A 11-1(1)] în timpul deglutiţiei; individul înghite greşit şi se sufocă. Este un accident relativ frecvent la copiii mici (arahide, jucării mici etc.), la persoanele vîrstnice (alimente insuficient mestecate) şi la unii pacienţi paralizaţi (controlul nervos al deglutiţiei nu mai este eficient).

Semne şi simptome

Se manifestă prin senzaţie de sufocare brusc instalată, cu învineţirea feţei (cianoză). Poate fi urmată de asfixie acută, cu pierderea conştienţei şi stop cardiorespirator, sau de un efort de tuse mai mult sau mai puţin prelungit, cu ameliorarea respiraţiei. În a doua situaţie se vorbeşte de sindrom de penetrare. Dacă obiectul este de mici dimensiuni şi trece într-o bronhie, persoana începe să respire din nou normal. Dimpotrivă, dacă obiectul aspirat rămîne blocat la nivelul traheei, persistă o dificultate în respiraţie mai mult sau mai puţin importantă.

Investigaţii

Nu se fac investigaţii decît dacă pacientul respiră acceptabil. Radiografia toracică poate evidenţia corpul străin, dacă acesta este opac la razele X, sau o zonă de plămîn în care aerul nu mai intră. Bronhoscopia (introducerea prin gură pînă în bronhii a unui tub prevăzut cu un sistem optic) permite atît vizualizarea cît şi extragerea obiectului care blochează căile respiratorii.

Evoluţie şi complicaţii

În forma asfixică moartea survine rapid în lipsa unui gest salvator imediat. În cazul în care corpul străin este blocat iar respiraţia este acceptabilă, trebuie evitată orice manipulare intempestivă şi trebuie lăsată persoana respectivă să îşi aleagă singură poziţia (mai ales nu trebuie întinsă la orizontală) pentru a evita blocarea completă a căilor respiratorii. Ea va fi dusă în această poziţie pînă la spital.

◆ **Tratament**

Măsura salvatoare imediată este manevra Heimlich: persoana care efectuează manevra se aşează în spatele bolnavului, îl cuprinde cu braţele plasîndu-şi mîinile, dintre care una cu pumnul strîns, în dreptul stomacului acestuia; apoi exercită o compresiune bruscă simultan cu o mişcare de ridicare pentru a produce o creştere bruscă a presiunii în torace şi a determina urcarea – şi chiar expectorarea – obiectului blocat. Într-un al doilea timp, bronhoscopia permite localizarea şi extragerea obiectului.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Măsurile de prevenţie cuprind respectarea legislaţiei privind jucăriile destinate copiilor mici, educarea părinţilor cu privire la potenţialul pericol al anumitor alimente (arahide ş.a.), adaptarea hranei pentru persoanele vîrstnice la starea adesea precară a danturii etc. Învăţarea „gesturilor salvatoare“ este, de asemenea, esenţială.

ASTIGMATISMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Anomalie de refracţie (schimbarea direcţiei luminii la trecerea dintr-un mediu în altul) în care imaginea unui obiect este diferită în funcţie de diferitele axe ale ochiului. Cauza principală este o anomalie a curburii corneei, constituţională sau secundară – spre exemplu, unei intervenţii chirurgicale.

◆ **Frecvenţă**

Un astigmatism moderat afectează 15% din populaţie, dar forma severă apare numai la 2% din indivizi. Asocierea cu hipermetropie este frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Defectul afectează atît vederea de aproape cît şi pe cea la distanţă (confuzia unor litere, oboseala ochilor). Liniile drepte verticale şi orizontale sînt văzute cu claritate diferită.

◆ **Investigaţii**

Keratometrul (proiectarea de mire pe faţa anterioară a corneei) permite cuantificarea astigmatismului.

◆ **Tratament**

Purtarea ochelarilor sau a lentilelor de contact ori, în caz de eşec, intervenţia chirurgicală (keratotomia, care constă în

practicarea de mici incizii pe cornee) dau rezultate bune.

◆ Prevenţie şi educaţie

Prevenţia constă în perfecţionarea tehnicilor de chirurgie a ochiului, în trecut mare generatoare de astigmatisme.

ASTMUL BRONŞIC

◆ Definiţie şi cauze

Boală respiratorie cronică ce se caracterizează printr-o inflamaţie cronică a bronhiilor. Gravitatea sa constă în apariţia de crize, legate de scăderea diametrului bronhiilor prin contracţia bruscă a fibrelor musculare ce le înconjoară, dar şi prin astuparea lor, datorată excesului de secreţii şi edemului din peretele bronşic. Cauza este o hipersensibilitate a bronhiilor, adesea legată de probleme alergice. Infecţiile brohiilor sau ale plămînilor reprezintă un factor declanşator frecvent.

◆ Frecvenţă

Reprezintă o afecţiune a cărei frecvenţă este în continuă creştere, în special în mediul urban şi în zonele umede. Afectează 5% din populaţia generală (10% din copii şi 3% din adulţi).

◆ Semne şi simptome

Criza debutează brusc, cu respiraţie şuierătoare care devine din ce în ce mai dificilă, cu senzaţie de sufocare. Semnele care sugerează gravitatea crizei şi care impun îngrijiri medicale imediate sînt: o criză neobişnuită sau rezistentă la tratamentul obişnuit, creşterea severităţii şi a frecvenţei crizelor, spitalizarea anterioară pentru o criză gravă, dificultatea de a vorbi şi de a tuşi, agitaţia, transpiraţiile, frecvenţa respiratorie foarte mare sau, dimpotrivă, foarte mică, necesitatea efectuării unui efort important pentru fiecare mişcare respiratorie.

◆ Investigaţii

În timpul crizei, un bun mijloc de evaluare a severităţii acesteia este utilizarea unui mic aparat care măsoară debitul respirator de vîrf sau peak-flow: un mic tub în care bolnavul suflă cît mai puternic şi mai repede posibil. O valoare sub 150 l/min. este alarmantă. În afara crizelor bilanţul se bazează pe probele funcţionale respiratorii, care permit evaluarea stării bronhiilor şi a plămînilor, utilizînd eventual substanţe care testează reacţia acestora la stimuli, alergici sau non-alergici.

◆ Evoluţie şi complicaţii

Este o boală cronică, cu o evoluţie imprevizibilă. Între crize pot exista perioade de acalmie mai mult sau mai puţin lungi, crizele se pot transforma în astm cu dispnee continuă, adică cu disconfort respirator constant. Uneori boala care debutează în copilărie dispare la vîrsta adultă; cea apărută la adulţi poate dispărea spre vîrsta a treia. În cazul astmului sever, o dată cu înaintarea în vîrstă, evoluţia se face spre insuficienţă respiratorie cronică. Principala complicaţie acută este starea de rău astmatic, încă responsabilă de 2 000 decese pe an în Franţa; de aceea, în crizele grave, trebuie chemat cît mai repede medicul sau serviciul de ambulanţă.

◆ Tratament

În cazul crizelor episodice de intensitate redusă, nu este necesar un tratament continuu. În celelalte cazuri, medicamentele se administrează zilnic, cel mai adesea sub formă de spray: este vorba despre substanţe care dilată bronhiile (bronhodilatatoare, de ex. salbutamol) şi care combat inflamaţia (corticoizi, de ex. beclometazonă). Uneori pot fi necesari derivaţii de teofilină şi preparate antialergice. În cazul unei crize, tratamentul începe cu administrarea unui bronhodilatator sub formă de spray şi, în caz de ineficienţă, în aerosoli împreună cu oxigen (de ex. salbutamol sau terbutalină [Bricanyl®]). În formele foarte severe este necesară spitalizarea într-o secţie de terapie intensivă (reanimare) şi, în mod excepţional, utilizarea respiraţiei artificiale.

◆ Prevenţie şi educaţie

Prevenţia, în special a formelor alergice, constă în evitarea alergenilor (acarieni, praf etc.) şi a substanţelor iritante (fum de ţigară etc.), precum şi în desensibilizarea la alergeni. Este necesară educarea pacientului, în special pentru recu-

noaşterea factorilor declanşatori, tratarea crizelor şi urmarea corectă a tratamentului de fond.

ASTROCITOMUL

Definiţie şi cauze

Tumoră cerebrală dezvoltată din celule în formă de stea, numite astrocite, care înconjoară celulele nervoase.

Frecvenţă

Astrocitomul este cea mai frecventă tumoră cerebrală, atît la adult cît şi la copil.

Semne şi simptome

Prezenţa tumorii poate fi suspectată în caz de convulsii, semne de hipertensiune intracraniană (dureri de cap, vărsături, tulburări vizuale) sau paralizii.

Investigaţii

Tomografia computerizată şi examenul IRM permit orientarea spre diagnostic, dar numai biopsia (prelevarea de ţesut pentru examinarea la microscop) confirmă diagnosticul.

Evoluţie şi complicaţii

În general, prognosticul este rezervat în ciuda tratamentului. În tipul cel mai agresiv, un bolnav din doi decedează în mai puţin de un an, în celelalte cazuri 3 bolnavi din 10 supravieţuiesc la 5 ani de la diagnostic.

◆ **Tratament**

De la caz la caz, se asociază chirurgia, radioterapia şi chimioterapia. Se utilizează, de asemenea, derivatele de cortizon pentru reducerea edemului din jurul tumorii şi medicamentele antiepileptice pentru prevenirea convulsiilor.

ATEROSCLEROZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală a arterelor de calibru mare şi mediu, determinată de o deteriorare a peretelui intern al vaselor, cu prezenţa de depozite de grăsimi (plăci de aterom), ceea ce antrenează reducerea calibrului vaselor şi obstrucţia acestora. Factorii favorizanţi sînt fumatul, concentraţiile prea mari de grăsimi în sînge (hiperlipidemiile), hipertensiunea arterială şi diabetul.

◆ **Frecvenţă**

Se află la originea bolilor inimii şi ale vaselor, care constituie una din principalele cauze de mortalitate.

◆ **Semne şi simptome**

Simptomele nu apar decît după ani de evoluţie: afectarea arterelor inimii (coronaropatie cu angină pectorală şi infarct), accidente vasculare cerebrale (paralizii), arteriopatie obliterantă a membrelor inferioare (dureri ale gambelor şi dificultate la mers, circulaţie deficitară cu risc de amputaţie).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia vizează factorii de risc ce pot fi influenţaţi: întreruperea fumatului, tratarea hipercolesterolemiei, a hipertensiunii arteriale şi a diabetului. În prevenţia secundară (pentru evitarea unei recidive după un prim accident), aspirina, care fluidifică sîngele, este eficientă.

ATREZIA ANALĂ SAU IMPERFORAŢIA ANALĂ

Malformaţie prezentă la naştere, caracterizată prin lipsa deschiderii anusului. Aspectul este uneori înşelător, cu prezenţa aparentă a anusului, dar care se prezintă în fund de sac, fără comunicare cu intestinul. Dacă sugarul este alimentat apar semne de ocluzie. Pot exista comunicări cu uretra la băieţi, sau cu vaginul la fete. Tratamentul este chirurgical, mai precoce sau către vîrsta de un an, cu realizarea unei derivaţii intestinale şi a unui anus artificial la nivelul peretelui abdominal (colostomie).

ATREZIA CĂILOR BILIARE

◆ **Definiţie şi cauze**

Malformaţie prezentă de la naştere (congenitală), de cauză necunoscută, caracterizată prin absenţa sau îngustarea (cu prezenţa de dilataţii secundare) canalelor care permit scurgerea în intestin a bilei produsă de ficat şi stocată în vezicula biliară.

◆ **Frecvenţă**

Afectează un nou-născut din 10 000.

◆ **Semne şi simptome**

De la naştere (sau în prima săptămînă de viaţă), apare o coloraţie galbenă a pielii (icter), scaune decolorate şi ficat

mărit de volum (hepatomegalie, care crește progresiv).

◆ **Investigații**

Ecografia, completată eventual de prelevarea unui fragment de ficat pentru examinarea la microscop (biopsia hepatică), permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

În ciuda tratamentului, prognosticul rămîne sever.

◆ **Tratament**

Este chirurgical, înaintea vîrstei de două luni și are ca scop realizarea unei derivații care să permită scurgerea bilei din ficat în tubul digestiv. Transplantul hepatic poate fi propus de la început sau în caz de eșec al intervenției chirurgicale inițiale.

◆ **Prevenție**

Atrezia biliară trebuie suspectată în fața oricărui icter prezent la naștere (icter neonatal).

ATREZIA COANELOR

Închidere totală sau parțială a regiunii posterioare a foselor nazale [A 11-1(1)/2(2)], ce împiedică respirația pe nas, antrenînd o detresă respiratorie la naștere, cu accentuare la administrarea biberonului. Montarea unei canule în gură ameliorează imediat starea copilului. Alimentarea se va face prin gavaj (cu o sondă introdusă prin gură pînă în stomac) în așteptarea tratamentului chirurgical.

ATREZIA ESOFAGULUI

◆ **Definiție și cauze**

Malformație prezentă la naștere (congenitală) caracterizată printr-o întrerupere a esofagului [A 12], care nu mai permite legătura cu stomacul. Frecvent apare și o comunicare între esofag și trahee (fistulă esotraheală).

◆ **Frecvență**

Este cea mai frecventă malformație a tubului digestiv, care trebuie diagnosticată de la naștere.

◆ **Semne și simptome**

Înainte de naștere, un semn evocator ce poate fi detectat la ecografie, este reprezentat de excesul de lichid amniotic (hidramnios). La naștere este imposibilă introducerea unei sonde în stomac (aceasta pătrunde circa 10 cm și nu se aude zgomotul pătrunderii de aer în stomac la injectarea de aer cu ajutorul unei seringi, manevră numită „testul seringii").

◆ **Investigații**

Radiografia cu o sondă vizibilă la raze X (radioopacă) permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

În cazul omiterii diagnosticului la naștere, există riscul sufocării în momentul administrării primei mese, din cauza trecerii lichidului în plămîni.

◆ **Tratament**

Intervenția chirurgicală la naștere permite rezolvarea problemei.

◆ **Prevenție**

Permeabilitatea esofagului trebuie verificată sistematic în sala de nașteri, prin introducerea unei sonde care trebuie să ajungă pînă în stomac („testul seringii").

ATROFIA OPTICĂ

Alterare a fibrelor nervului optic [A 16-7(1)] care antrenează un deficit vizual ce poate ajunge pînă la pierderea completă a vederii (cecitate completă). Poate fi determinată de o maladie familială (boala Leber) sau poate fi secundară altei patologii (hipertensiune intracraniană prelungită, glaucom, traumatism, compresia printr-o tumoră cerebrală etc.). În unele cazuri, tratarea cauzei poate duce la o ameliorare spectaculoasă a vederii.

AUTISMUL

◆ **Definiție și cauze**

Boală psihiatrică a copilului (psihoză infantilă) care se manifestă în general înaintea vîrstei de 4 ani.

◆ **Frecvență**

Afectează 2 pînă la 5 copii din 10 000, cu o ușoară predominanță la băieți.

◆ **Semne și simptome**

Boala se manifestă prin asocierea unei retrageri în sine (copilul se comportă ca și cînd ar fi singur și nu ar vedea nimic din ceea ce îl înconjoară), cu tulburări de

limbaj (copilul vorbeşte despre sine la persoana a 3-a şi nu comunică) precum şi cu gesturi automate şi repetitive.

Investigaţii

Investigaţiile nu servesc decît la excluderea unei maladii de altă natură decît cea psihiatrică.

Evoluţie şi complicaţii

Prognosticul este în general nefavorabil, cu absenţa activităţii relaţionale şi dezvoltarea foarte redusă a cunoştinţelor. El depinde, totuşi, de precocitatea diagnosticului şi de iniţierea tratamentului.

Tratament

Se bazează pe îngrijirea maternă, contactele fizice şi amenajarea cadrului de viaţă, completate de o acţiune educativă.

Prevenţie şi educaţie

Este necesară o abordare psihiatrică globală, inclusiv a părinţilor. Asociaţiile familiilor bolnavilor de autism pot fi de ajutor.

AVORTUL SPONTAN

Definiţie şi cauze

Pierderea fetusului înainte de a 20-a săptămînă de sarcină (greutatea fetusului în jur de 500 g). Principalele cauze sînt reprezentate de anomaliile cromozomiale, infecţii, malformaţii sau anomalii ale uterului.

Frecvenţă

Avortul spontan se produce la 10–15% din sarcini. 85% din cazuri survin în cursul primului trimestru.

Semne şi simptome

Iminenţa de avort se traduce prin sîngerări şi dureri cu caracter de crampă la nivelul regiunii inferioare a abdomenului. Expulzia fetusului poate fi completă sau incompletă.

◆ **Investigaţii**

Ecografia reprezintă investigaţia esenţială pentru vizualizarea interiorului uterului. Dozarea hormonului de sarcină (β-HCG) poate da indicaţii asupra evoluţiei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt retenţia fetusului mort, cu riscul apariţiei unor tulburări de coagulare a sîngelui, şi infecţia, cu risc de septicemie (infecţie generalizată a întregului organism).

◆ **Tratament**

În caz de iminenţă de avort, sînt indicate repausul şi administrarea de medicamente care combat contracţiile uterului. Cînd fătul este mort sau cînd evacuarea este incompletă sînt necesare aspirarea sau chiuretajul.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

În caz de avorturi repetate, se vor efectua teste genetice şi cromozomiale, precum şi un bilanţ infecţios (infecţii ale colului uterin sau cervicite, infecţii ale mucoasei uterine sau endometrite etc.) pentru depistarea unei eventuale cauze.

AZBESTOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune pulmonară cauzată de inhalarea de pulbere de azbest, care se declanşează după 20 pînă la 30 de ani de la expunere. Ţesuturile pulmonare îşi pierd elasticitatea şi devin fibroase: se vorbeşte în acest caz de fibroză pulmonară.

◆ **Frecvenţă**

Numărul de cazuri este în continuă creştere. Boala se poate declanşa chiar şi după o expunere moderată.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o dificultate la respiraţie în timpul efortului, cu agravare progresivă, frecvent asociată cu simptome de bronşită cronică.

◆ **Investigaţii**

Radiografia şi tomografia computerizată pulmonară arată modificări caracteristice la nivelul plămînilor şi pleurei. Lavajul bronhoalveolar (introducerea în bronhii şi alveole, cu ajutorul unui fibroscop, a unei mici cantităţi de lichid care este apoi aspirată pentru a fi examinată la microscop) evidenţiază particule ce conţin azbest (corpi azbestozici de culoare gălbuie).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este apariţia unei tumori, mezoteliomul malign, cu prognostic extrem de nefavorabil. Evoluţia se face inevitabil spre insuficienţă respiratorie cronică.

◆ **Tratament**

Este foarte limitat: tratamentul bronşitelor; în stadiul de insuficienţă respiratorie cronică, administrarea de oxigen la domiciliu.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Reprezintă o boală profesională, care dă dreptul la despăgubiri medico-legale. Protecţia este obligatorie în caz de expunere.

B

BABESIOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie provocată de un grup de paraziţi, numiţi *Babesia*, organisme alcătuite dintr-o singură celulă (clasa protozoarelor), care atacă globulele roşii. Transmiterea se face prin înţepătura de căpuşă. Perioada dintre momentul înţepării şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 1–4 săptămîni.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune rară, care apare în mediul rural în timpul verii.

◆ **Semne şi simptome**

Este o boală care se produce mai ales la persoanele care nu mai au splină (splenectomizate). Se manifestă cu febră pînă la 40°C, frisoane, dureri de cap, dureri musculare (mialgii), vărsături şi diaree. Ulterior urina se colorează în roşu (prezenţa de hemoglobină în urină sau hemoglobinurie) şi apare o coloraţie galbenă a pielii (icter), acestea fiind semne ale distrugerii globulelor roşii. Este posibilă apariţia insuficienţei renale, a edemului pulmonar şi ulterior a comei progresive.

◆ **Investigaţii**

Analizele sanguine pun în evidenţă distrugerea globulelor roşii (hemoliza). Paraziţii sînt vizibili pe frotiul sangvin: ei pot fi confundaţi uneori cu *Plasmodium falciparum*, parazitul care provoacă malaria.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Reprezintă o boală gravă, care poate fi mortală.

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate sînt clindamicina (Dalacin®) în asociere cu chinina. Transfuzia care permite înlocuirea în totalitate a sîngelui bolnavului (exsangvinotransfuzia) şi epurarea sîngelui cu ajutorul unui rinichi artificial (hemodializa) sînt de asemenea utilizate.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Persoanele splenectomizate trebuie protejate de riscul înţepăturilor de căpuşă (evitarea plimbărilor prin pădurile infestate şi, în caz de înţepătură, îndepărtarea imediată a căpuşelor fixate pe piele, pentru a limita trecerea paraziţilor în sînge).

BALANOPOSTITA – BALANITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Balanita reprezintă o inflamaţie a glandului circumcis. Balanopostita este o inflamaţie a glandului şi a prepuţului [A 15], de obicei asociată unui prepuţ strîmt. Diabetul zaharat poate fi un factor favorizant. Deseori nu poate fi detectată nici o cauză; în alte cazuri, infecţiile genitale şi unele afecţiuni dermatologice pot fi incriminate.

◆ **Semne şi simptome**

Simptomatologia constă din durere, iritaţie şi acumulare de secreţii sub prepuţ (adesea la 2–3 zile după un contact sexual), precum şi tumefierea (umflarea) glandului şi a prepuţului, care prezintă ulceraţii superficiale (mici plăgi care nu se vindecă).

◆ **Investigaţii**

Scopul lor este excluderea bolilor cu transmitere sexuală mai frecvente, care pot avea aceleaşi semne.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este reprezentată de îngustarea orificiului prepuţului, care împiedică descoperirea (decalotarea) glandului (fimoză).

◆ **Tratament**
Asociază îngrijiri locale, administrarea de antibiotice în caz de suprainfectare şi circumcizia în cazul persistenţei imposibilităţii de decalotare a glandului. Este de asemenea necesară şi tratarea cauzei, dacă ea poate fi diagnosticată.

BARLOW (SINDROMUL) SAU (VEZI) PROLAPSUL DE VALVĂ MITRALĂ

BAROTRAUMA
Leziune provocată de o variaţie bruscă a presiunii, în organele care conţin aer (urechi, sinusuri, plămîni, tub digestiv, dinţi cariaţi etc.). Aceste accidente se produc în special în timpul scufundărilor subacvatice sau în timpul exploziilor. Cea mai frecventă este afectarea urechii (otita barotraumatică); iar atingerea pulmonară este cea mai gravă (barotraumă pulmonară).

BAROTRAUMA DENTARĂ
Reprezintă o barotraumă provocată de distensia unei bule de gaz prinsă în interiorul unui dinte în timpul urcării la suprafaţă după scufundarea în apă. Cauza principală este caria dentară. Semnele sînt reprezentate de durerea dentară violentă şi, în cazurile extreme, de „explozia" dintelui. Prevenţia implică consultarea prealabilă a medicului stomatolog pentru verificarea stării danturii şi tratarea dinţilor cariaţi înainte de a începe scufundările.

BAROTRAUMA PULMONARĂ
◆ **Definiţie şi cauze**
Accident de scufundare provocat de creşterea presiunii din interiorul plămînilor, prin expansiunea gazelor în cursul unei urcări la suprafaţă prea rapide şi/sau cu respiraţia blocată. Aceasta duce la spargerea alveolelor pulmonare, urmată de pătrunderea aerului în structurile situate în jurul plămînilor (pleură, mediastin ţesutul situat între cei doi plămîni în care se găseşte inima) sau, uneori, în vasele sanguine, cu formarea unor bule de aer care le vor obstrua în momentul îngustării acestora, în special la nivelul creierului.
◆ **Frecvenţă**
Reprezintă unul dintre accidentele de scufundare grave, din fericire rar, dar care poate surveni inclusiv în piscină în cazul unei reascensionări precipitate de panică.
◆ **Semne şi simptome**
De cele mai multe ori se produce o pierdere a conştienţei în cursul urcării la suprafaţă sau imediat după ieşirea din apă. Afectarea plămînului se manifestă prin dureri în piept, respiraţie dificilă, tuse, expectoraţii cu sînge şi emfizem subcutanat (prezenţa de aer sub piele, care produce crepitaţii la apăsare). Tulburările neurologice sînt variabile: vertij (ameţeli), convulsii, tulburări vizuale, hemiplegie (cel mai frecvent dreaptă) etc.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Evoluţia poate fi severă, ducînd la deces sau sechele neurologice importante.
Tratament
Administrarea de oxigen pe mască reprezintă prima măsură, urmată de transferul cît mai rapid posibil într-un centru specializat, care posedă cameră hiperbară.
◆ **Prevenţie şi educaţie**
Prevenţia necesită selecţionarea scufundătorilor (excludere în cazul prezenţei unui astm sau a oricărei alte boli pulmonare etc.) şi efectuarea unui antrenament adecvat (scufundătorul trebuie să expire şi să îşi controleze viteza de urcare la suprafaţă).

BAROTRAUMA SINUSURILOR
◆ **Definiţie şi cauze**
Accident de scufundare (barotraumă sinusală) care survine atunci cînd există o inflamaţie a sinusurilor (sinuzită sau altă infecţie ORL) care antrenează obstrucţia micilor canale ce permit circulaţia aerului între sinusuri şi nas [A 11].
◆ **Frecvenţă**
Relativ frecventă.
◆ **Semne şi simptome**
O durere violentă localizată la nivelul

frunţii sau sub ochi survine în timpul coborîrii primilor zece metri. Este însoţită de sîngerare nazală (epistaxis), dureri de cap, ameţeli şi greaţă.

Investigaţii

Radiografia sinusurilor urmăreşte evidenţierea semnelor de inflamaţie (prezenţa de lichid).

Evoluţie şi complicaţii

Urcarea imediată la suprafaţă este imperios necesară, întrucît intensitatea durerii poate pune în pericol viaţa scufundătorului. Vindecarea este simplă sub tratament.

Tratament

Asociază medicamente împotriva durerii şi inflamaţiei, decongestionante nazale şi antibiotice în caz de suprainfecţie. Puncţia sinusului este uneori necesară.

Prevenţie şi educaţie

Prevenţia implică intezicerea scufundărilor în caz de infecţie ORL.

BARTOLINITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţia a glandelor lui Bartholin, situate la nivelul labiilor [A 14-11]. Poate fi determinată de numeroşi germeni (gonococ, stafilococ, colibacil etc.).

Frecvenţă

Afecţiune foarte frecventă.

Semne şi simptome

Se manifestă cu febră şi mărirea de volum a porţiunii inferioare a uneia dintre labiile mari. Toată vulva este roşie, tumefiată şi foarte dureroasă.

Evoluţie şi complicaţii

Tratamentul este simplu şi permite vindecarea rapidă. În absenţa îngrijirilor medicale, infecţia se poate extinde sau se poate croniciza.

◆ **Tratament**

Constă într-o mică intervenţie chirurgicală, care permite îndepărtarea glandei în momentul în care abcesul este bine constituit.

BARTTER (SINDROMUL)

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburare complexă de funcţionare a rinichiului, caracterizată printr-o pierdere importantă de potasiu prin urină. Mecanismul exact este necunoscut.

◆ **Frecvenţă**

Boala poate apărea izolat sau poate fi de origine familială. În al doilea caz, copiii nu sînt afectaţi decît dacă gena deficientă este transmisă de ambii părinţi, la care boala nu se manifestă (transmitere numită autozomal recesivă).

◆ **Semne şi simptome**

În general boala debutează în copilărie, prin semne legate de lipsa de potasiu în sînge (hipokaliemie): slăbiciune musculară, crampe, paralizii, ingestia unor cantităţi mari de lichide (polidipsie) şi nevoia foarte frecventă de a urina (poliurie).

◆ **Investigaţii**

Dozarea potasiului arată o scădere a nivelului acestuia în sînge şi o creştere în urină (pierderea urinară a potasiului). Alte analize mai specializate evidenţiază tulburări la nivelul hormonilor produşi de rinichi sau de glandele suprarenale (renină, aldosteron, prostaglandine).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă, care poate determina o întîrziere în creştere şi retard mental la copil.

◆ **Tratament**

Are ca obiectiv normalizarea concentraţiei potasiului şi evitarea pierderii sale la nivelul rinichilor. Medicamentele utilizate sînt tabletele de potasiu, diureticele (preparate ce stimulează eliminarea de urină) care determină pierderea de sare prin urină dar reţin potasiul şi produsele care împiedică producerea de prostaglandine (indometacina şi aspirina).

◆ **Prevenţie**

În formele familiale este indicat diagnosticul precoce, pentru tratarea copiilor afectaţi şi limitarea tulburărilor de dezvoltare.

BASEDOW (BOALA)

Formă de hiperfuncţie a tiroidei (hipertiroidie), caracterizată printr-o creştere de volum a glandei (guşă). De regulă se produce şi o afectare a ochilor, care proemină din orbite (exoftalmie) din cauza edemului muşchilor globilor ocu-

lari şi a ţesuturilor care înconjoară ochiul pentru a-l proteja în orbită.

BĂTĂTURA

◆ Definiţie şi cauze

Excrescenţă a unei zone superficiale de piele supusă unui traumatism repetat. Bătăturile sînt provocate de presiune sau frecare şi se dezvoltă cel mai adesea într-o zonă în care un os este proeminent sub piele. Mîinile şi picioarele sînt afectate mai frecvent.

◆ Frecvenţă

Apare foarte frecvent. La femei, cauzele sînt reprezentate mai ales de purtarea de încălţăminte prea strîmtă, asociată adesea cu unele malformaţii (hallux valgus). La bărbaţi, este vorba mai frecvent de traumatisme profesionale.

◆ Semne şi simptome

Se prezintă sub forma unei excrescenţe de consistenţă crescută, pe care se menţin amprentele pielii. Apăsarea poate provoca durere.

◆ Evoluţie şi complicaţii

În lipsa tratamentului, consecinţele asupra mersului sînt importante. La persoanele cu circulaţie deficitară, în special la diabetici, trebuie evitată lezarea zonelor afectate din cauza riscului de infecţie şi a dificultăţii de cicatrizare.

◆ Tratament

Utilizarea unei pietre ponce sau a unor substanţe decapante (keratolitice, cum ar fi acidul salicilic) este eficientă. Adesea este necesară îngrijirea de către un specialist.

◆ Prevenţie şi educaţie

Prevenţia presupune purtarea de încălţăminte lejeră, de branţuri din materiale moi etc.

BECKER (MIOTONIA)

Boală musculară (miopatie) ereditară. Transmiterea este numită autozomal recesivă, ceea ce înseamnă că ambii părinţi, care nu prezintă semne de boală, trebuie să transmită gena deficientă pentru ca boala să se manifeste la copil. Principalul semn este relaxarea anormal de lentă a unui muşchi după o contracţie voluntară. Cauza este o anomalie a unei proteine musculare care intervine în procesul de contracţie. Debutul bolii este precoce, de regulă în primii ani de viaţă. Particularitatea ei este reprezentată de dezvoltarea excesivă şi evidentă a tuturor muşchilor (hipertrofie musculară). Apare adesea o slăbiciune musculară la începutul exerciţiului fizic, dar care nu progresează spre scăderea forţei musculare. Frigul reprezintă un factor agravant. Sulfatul de chinină este utilizat pentru diminuarea redorii (rigidităţii) musculare şi combaterea crampelor, care pot determina un disconfort important.

BEHÇET (BOALA)

◆ Definiţie şi cauze

Boală inflamatorie cronică şi recidivantă care afectează întregul organism şi a cărei cauză este necunoscută. Este foarte probabil vorba despre o boală autoimună, adică o boală în care organismul produce anticorpi împotriva propriilor sale ţesuturi. Principalele organe afectate sînt vasele sangvine (vasculită sau inflamaţie a vaselor).

◆ Frecvenţă

Boala este prezentă în special în jurul Bazinului mediteraneean, în Orientul Mijlociu şi în Japonia. Frecvenţa sa este de 1/500 000 în Europa, dar în Japonia ajunge la 1/10 000. Afectează cu precădere adulţii tineri şi este în general mai severă la bărbaţi.

Semne şi simptome

Se manifestă prin asocierea de ulceraţii bucale (afte), ulceraţii genitale (mici plăgi care apar recurent), leziuni oculare (irită, uveită) şi leziuni ale pielii (papule, pustule, vezicule).

◆ Investigaţii

Examenul clinic este suficient pentru a stabili diagnosticul.

◆ Evoluţie şi complicaţii

Principalele complicaţii sînt reprezentate de ocluzia venelor sau a arterelor prin cheaguri (tromboze), afectarea articulaţiilor (artrite inflamatorii), complicaţii cardiace (miocardită, valvulopatii, pericardită) şi neurologice. Boala este în general benignă, cu recăderi şi perioade de remisiune. Eventuala gravitate este

legată de anumite afectări: oculară, cu riscul pierderii vederii şi mai ales accidentele neurologice.

Tratament

Se limitează, de cele mai multe ori, la ameliorarea simptomelor: tratarea aftelor, a ulceraţiilor genitale etc. În cazurile mai grave sînt utilizate medicamente care reduc activitatea mecanismelor de apărare ale organismului şi scad deci producţia de anticorpi inadecvaţi: este vorba despre corticoizi şi imunosupresoare.

ELUL SAU SIFILISUL DEMIC

Infecţie a pielii prezentă în Africa, Orientul Mijlociu şi Asia centrală. Este produsă de un germene din clasa treponemelor, *Treponema carateum*, foarte asemănător celui care provoacă sifilisul. Este contagioasă, transmiterea se face prin contact direct, dar nu reprezintă o boală cu transmitere sexuală; această infecţie afectează în special copiii. Debutează cu o leziune la nivelul mucoasei bucale, urmată de apariţia unor leziuni cutanate pe trunchi şi membre, caracterizate prin zone supradenivelate (papule) în care pielea devine fragilă cu tendinţă la eroziuni. Mai tîrziu pot fi afectate nasul şi bolta palatină. Tratamentul cu penicilină permite vindecarea rapidă.

NCKISER (HEMORAGIA) EZI) HEMORAGIA NCKISER

ERGER (BOALA) AU NEFROPATIA SAU LOMERULONEFRITA U Ig A

Definiţie şi cauze

Inflamaţie a rinichiului care afectează micile structuri în care se formează urina, numite glomeruli, de unde şi denumirea de glomerulonefrite pentru desemnarea grupului de boli din care face parte. Se caracterizează prin formarea de depozite de imunoglobuline de tip A (care fac parte dintre anticorpii cu rol de a apăra în mod normal organismul împotriva agresiunilor externe) la nivelul vaselor din glomeruli. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Este cea mai frecventă dintre glomerulonefritele primitive, adică nelegate de altă boală. Afectează copiii şi adulţii tineri, cu o predominanţă masculină.

◆ **Semne şi simptome**

Apar episoade recidivante de eliminare de urină franc sanguinolentă (hematurie macroscopică), în general simultan cu episoade de rinofaringită. Între aceste episoade se constată prezenţa de proteine în urină (proteinurie), asociată cu prezenţa de sînge care nu colorează în mod evident urina, ci poate fi detectat doar cu ajutorul unei bandelete reactive (hematurie microscopică). Este posibilă apariţia hipertensiunii arteriale.

◆ **Investigaţii**

Cuprind determinarea concentraţiei proteinelor în urină şi biopsia renală (prelevarea de ţesut renal cu ajutorul unui ac, pentru examinarea la microscop) care permite confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Reprezintă o afecţiune severă, dar evoluţia poate fi favorabilă, chiar cu vindecare în unele cazuri, în special la copii. Totuşi, în jumătate din cazuri se instalează progresiv insuficienţa renală cronică.

◆ **Tratament**

În formele cu evoluţie rapidă se utilizează corticoizii şi imunosupresoarele (medicamente care scad producţia mijloacelor de apărare ale organismului, deci a anticorpilor), dar eficienţa lor este inconstantă. În stadiul de insuficienţă renală terminală este indicat transplantul renal, dar boala recidivează în 1/3 din cazuri.

BERI-BERI

◆ **Definiţie şi cauze**

Carenţă de tiamină sau vitamina B_1, vitamină care intervine în utilizarea glucidelor de către organism. Poate fi rezultatul unui deficit de aport, al unei creşteri a necesarului (hipertiroidie, sarcină etc.),

al unei scăderi a absorbţiei (diaree cronică) sau al unui deficit de utilizare (afecţiuni hepatice grave).

◆ **Frecvenţă**

Apare la malnutriţi în ţările în curs de dezvoltare şi la alcoolici în ţările dezvoltate.

◆ **Semne şi simptome**

Afectarea poate fi neurologică şi cardiacă. În forma neurologică se produc tulburări de sensibilitate la nivelul picioarelor, sau tulburări de conştienţă legate de afectarea creierului (encefalopatia Gayet-Wernicke). Afectarea cardiacă se traduce printr-o insuficienţă cardiacă severă.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se confirmă prin dozarea unei enzime, transcetolaza, înaintea şi după administrarea unui derivat de vitamina B_1.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul determină regresia rapidă a semnelor, dar este posibil să rămînă unele sechele neurologice.

◆ **Tratament**

Constă în administrarea de vitamina B_1 şi de magneziu (este recomandată polivitaminoterapia, întrucît deficitele sînt adesea asociate).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Aportul sistematic de vitamina B_1 este recomandat cu titlu preventiv la consumatorii cronici de alcool.

BESNIER-BOECK-SCHAUMANN (BOALA) SAU (VEZI) SARCOIDOZA

BEZOARUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Aglomerare compactă, parţial digerată, de resturi alimentare (fitobezoar, în cazul alimentelor vegetale), de concreţiuni de medicamente, sau, mai rar, de fire de păr (tricobezoar) în tubul digestiv. Cauzele sînt reprezentate de tulburările de golire a stomacului (intervenţie chirurgicală pe stomac sau diabet, care antrenează o paralizie parţială a stomacului, gastrectomie parţială) şi de bolile psihice în cazul tricobezoarului.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune rară.

◆ **Semne şi simptome**

Este bine tolerat o perioadă îndelungată. Se manifestă prin saţietate precoce (individul se satură încă de la începerea mesei), balonări după mese, dureri sau vărsături.

◆ **Investigaţii**

Endoscopia (introducerea prin cavitatea bucală a unui tub cu fibră optică ce permite vizualizarea interiorului stomacului), tranzitul baritat (radiografia efectuată după înghiţirea unei substanţe care umple stomacul şi este vizibilă la examenul radiologic), ecografia şi tomografia computerizată permit stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o afecţiune în general benignă, dar poate duce uneori la ocluzie intestinală.

◆ **Tratament**

Într-o primă etapă, se utilizează administrarea de lichide în cantitate mare, de enzime care digeră materiile aglomerate şi de medicamente care accelerează digestia. În caz de eşec sînt necesare fragmentarea cu ajutorul endoscopului sau intervenţia chirurgicală.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Se recomandă mestecarea cu grijă a alimentelor, o stare bună a danturii, precum şi un regim sărac în fibre.

BIERMER (BOALA) (VEZI) ANEMIA BIERMER

BILHARZIOZA SAU SCHISTOSOMIAZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie datorată unor paraziţi, viermi laţi din genul *Schistosoma*, care ajung în organism traversînd pielea în timpul scăldatului în apă dulce. Ulterior paraziţii traversează tubul digestiv şi se instalează în ficat.

Patru specii sînt responsabile de forme intestinale de boală: *S. mansoni* (întîlnită în Africa, America Centrală şi de Sud), *S. intercalatum* (în Africa Centrală), *S. japonicum* (în Extremul Orient) şi

S. mekongi (în Asia de sud-est); o altă specie este responsabilă de o formă urinară: *S. haematobium* (în Africa neagră și Orientul Mijlociu).

Frecvență

Afectează cîteva sute de milioane de oameni din zona tropicală.

Semne și simptome

De obicei penetrarea pielii este neobservată, uneori bolnavul prezintă mîncărimi și roșeață (eritem) trecătoare. Se disting o formă intestinală și una urinară.

Forma intestinală se manifestă prin: febră, dureri abdominale, scaune diareice, uneori amestecate cu sînge, și alterarea stării generale, atunci cînd parazitul atinge și alte organe.

Forma urinară se caracterizează prin prezența de sînge în ultima parte a urinei eliminate (hematurie terminală).

Investigații

Ouăle de parazit trebuie căutate în materiile fecale, prin prelevarea unui mic fragment din mucoasa rectului (biopsie rectală), sau în urină, în funcție de forma de boală. Depozite de calciu formate prin moartea paraziților în peretele vezicii urinare pot fi evidențiate prin examen radiologic sau prin vizualizarea directă cu introducerea unui cateter în vezică (cistoscopie). Există și o analiză de sînge (serodiagnosticul, adică detectarea anticorpilor îndreptați împotriva parazitului) care permite orientarea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

Complicațiile formelor digestive afectează ficatul: alterarea țesutului și a funcțiilor hepatice (fibroză hepatică), acumularea de lichid în cavitatea abdominală (ascită) și apariția de vărsături cu sînge (sîngerări din varice esofagiene). Formele urinare antrenează calcificarea vezicii urinare („vezică de porțelan"), îngustarea ureterelor (conductele dintre rinichi și vezică [A 13-8]) care împiedică scurgerea urinei antrenînd o dilatație la nivelul rinichilor cu distrugerea acestora, sau invadarea organelor genitale.

Tratament

Medicamentul eficace este praziquantelul (CesolR®, Epiquantel®), administrat într-o singură priză. Chirurgia poate fi indicată în caz de complicații hepatice sau ale aparatului urinar.

◆ **Prevenție și educație**

Educarea populației și a turiștilor trebuie să insiste asupra riscurilor scăldatului în rîuri și în apele stătătoare dulci.

BLEFARITA

Inflamație a marginii libere a pleoapei, asociată sau nu cu o conjunctivită, de cauză infecțioasă, uneori favorizată de tulburări de vedere necorectate. Se poate întîlni și în unele boli ale pielii. Se manifestă prin edem, roșeață locală, senzație de corp străin și arsuri, uneori cu prezența de cruste aderente și căderea genelor. Tratamentul cuprinde: suprimarea factorului declanșator, igiena pleoapelor și, în anumite cazuri, aplicarea unei pomezi antibiotice. Este o afecțiune care poate fi persistentă și recidivantă.

BLOCUL ATRIOVENTRICULAR (BAV)

◆ **Definiție și cauze**

Încetinire sau întrerupere a transmiterii influxului electric ce pleacă de la atrii [A7-3/8] și care determină contracția ventriculelor. Cauzele principale sînt: îmbătrînirea țesuturilor legată de vîrstă, infarctul miocardic, leziunile valvelor cardiace (stenoza aortică etc.), infecțiile cardiace (endocardită, reumatism articular acut etc.), intoxicațiile (digitalice etc.). Există și forme prezente de la naștere (congenitale). Se disting, în funcție de importanța tulburării, BAV de gradul I, II și III.

◆ **Frecvență**

Este o afecțiune frecventă în special la persoanele vîrstnice.

◆ **Semne și simptome**

BAV de gradul I și II sînt în general asimptomatice. În blocul de gradul III (complet), se produc sincope bruște – „fulgerătoare" – care sînt provocate de întreruperea pe durată scurtă a contracțiilor ventriculelor și deci a ejecției sîngelui spre organe: se vorbește de sindromul Adams-Stockes. În afara acestor

evenimente, pulsul este lent, uneori foarte lent (sub 40 bătăi/minut).

◆ **Investigaţii**
Electrocardiograma permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
După sincopă pacientul redevine în general conştient în poziţie culcată; în repaus ritmul cardiac lent este bine suportat. Totuşi, poate apărea uneori moarte subită.

◆ **Tratament**
Numai blocurile atrioventriculare care produc simptome necesită tratament. În faza acută, accelerarea ritmului cardiac se obţine fie prin administrarea în perfuzie de isoprenalină (Isuprel®), fie prin stimulare electrică externă (pacemaker [stimulator] cu electrozi mari lipiţi pe torace). Tratamentul definitiv constă în instalarea unui stimulator cardiac intern (pacemaker a cărui cutie este amplasată sub piele, dedesubtul claviculei şi ai cărui electrozi ajung pînă în inimă).

BLOCURILE DE RAMURĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Tulburări de transmitere a influxului electric la nivelul ventriculelor inimii [A 7-6/10] care determină întîrzierea (bloc incomplet) sau întreruperea transmiterii (bloc complet) pe ramura care declanşează contracţia ventriculului drept (bloc de ramură dreaptă), sau pe cea care merge spre ventriculul stîng (bloc de ramură stîngă). Cauzele sînt reprezentate de îmbătrînirea ţesuturilor legată de vîrstă, sau afecţiunile cardiovasculare (afectarea arterelor inimii [coronaropatie] ce poate determina infarct, hipertensiune arterială, afectarea valvelor cardiace etc.).

◆ **Frecvenţă**
Foarte frecvente.

◆ **Semne şi simptome**
Nu există nici un simptom şi diagnosticul se pune doar pe baza electrocardiogramei (ECG).

◆ **Investigaţii**
În funcţie de rezultatele electrocardiogramei se poate evalua importanţa tulburării, denumită bloc incomplet sau bloc complet.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
De cele mai multe ori, blocurile de ramură rămîn stabile şi nu dau naştere nici unei complicaţii. În caz de agravare se pot produce sincope (bloc atrioventricular).

◆ **Tratament**
Nu există tratament. În caz de complicaţii cu producerea de sincope este indicată implantarea unui stimulator cardiac (pacemaker).

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Prezenţa unui bloc de ramură contraindică utilizarea anumitor medicamente, în special a celor care încetinesc ritmul cardiac.

BOALA A CINCEA SAU (VEZI) MEGAL ERITEMUL EPIDEMIC

BOALA CELIACĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Malabsorbţie intestinală cronică provocată de o intoleranţă la gluten (proteină conţinută în cereale). În 10% din cazuri este vorba despre o boală familială.

◆ **Frecvenţă**
Este o boală relativ frecventă, care afectează în Franţa aproape 150 000 de persoane. Poate fi descoperită la orice vîrstă, dar se manifestă cel mai frecvent la sugar şi la copil.

◆ **Semne şi simptome**
La sugar şi la copilul mic, manifestările sînt reprezentate de denutriţie, apatie, vărsături frecvente, diaree cronică cu scaune grase, precum şi de un abdomen destins şi flasc. În a doua copilărie apare mai degrabă o întîrziere în creştere, cu talie şi greutate mică şi puţine semne digestive. La adult, semnele sînt diareea cronică asociată cu semne de carenţă în anumite minerale sau vitamine, care se manifestă prin modificări apărute la nivelul oaselor sau al pielii, precum şi prin anemie (lipsă de globule roşii).

◆ **Investigaţii**
Endoscopia (introducerea pe gură pînă în intestin a unui tub prevăzut cu un sistem optic) permite prelevarea unui

mic fragment de țesut de la nivelul intestinului subțire [A 12] pentru analizarea la microscop (biopsie) care va arăta leziuni caracteristice (atrofie vilozitară = dispariția micilor pliuri ale intestinului care măresc suprafața acestuia pentru a permite absorbția nutrimentelor). Analiza scaunului arată prezența de lipide în exces (steatoree), care constituie un alt semn de malabsorbție. Pot fi efectuate și alte explorări mai specializate.

Evoluție și complicații

La copil, instituirea unui regim fără gluten permite obținerea unei ameliorări rapide, dar este posibil să se producă o recădere la reintroducerea acestuia după vîrsta de 4 ani. La adult, regimul trebuie urmat pe o perioadă nelimitată; în plus, riscul de cancer (limfom intestinal) este crescut.

Tratament

Asociază regimul alimentar fără gluten și aportul de vitamine și săruri minerale pentru evitarea carențelor. În formele grave poate fi necesară spitalizarea bolnavului pentru instituirea tranzitorie a unei alimentații pe cale intravenoasă.

Prevenție și educație

Asociațiile de pacienți aduc informații despre conținutul în gluten al alimentelor și despre produsele dietetice de substituție disponibile în magazinele specializate. Din cauza riscului potențial de cancer (deși redus), se propune pacientului un regim fără gluten pentru toată viața.

BOALA CRONICĂ DE ALTITUDINE SAU (VEZI) MONGE (BOALA)

BOALA CU INCLUZII CITOMEGALICE

Definiție și cauze

Malformație fetală provocată de infectarea mamei cu citomegalovirus în timpul sarcinii. Riscul pentru copil este maxim la începutul sarcinii. Aproape 60% dintre femei nu au fost niciodată infectate și deci nu sînt protejate de anticorpi la începutul sarcinii (dar cu variații în funcție de condițiile socioeconomice: număr mai mic în mediile defavorizate). Ele riscă, deci, să contacteze infecția în cursul sarcinii.

Frecvență

Este una dintre cele mai frecventă infecții transmisibile la făt, dar numai un copil din doi infectați prezintă semne legate de infecție, fie la naștere, fie în primele luni de viață.

Semne și simptome

Infecția mamei trece de cele mai multe ori neobservată sau se poate traduce printr-un fel de gripă. Afectarea fătului este suspectată în caz de întîrziere în creștere sau de anomalii la nivelul capului (microcefalie = cap de dimensiuni reduse, calcificări intracraniene). În 9 cazuri din 10 copilul nu prezintă nici un semn la naștere, dar riscă să dezvolte surditate în cursul creșterii. Cînd simptomele apar de la naștere, acestea sînt: mărirea ficatului și a splinei, anemie, scăderea numărului de plachete sangvine, cu apariția pe piele a unor pete mici, roșii (purpură trombocitopenică), afectarea plămînilor.

Investigații

Infecția la mamă poate fi pusă în evidență prin creșterea nivelului sanguin al anticorpilor îndreptați împotriva virusului. Diagnosticul la nivelul fătului utilizează identificarea virusului în lichidul amniotic și a anticorpilor în sîngele fetal prelevat din cordonul ombilical.

Evoluție și complicații

Este o infecție gravă, care poate fi mortală atunci cînd există o afectare severă la naștere. În plus, pot apărea sechele: retard psihomotor, surditate, afectare oculară.

Tratament

Testarea la începutul sarcinii a femeilor care nu au fost niciodată infectate nu este efectuată întotdeauna. Este, deci, obligatoriu ca femeia însărcinată să se prezinte la medic în caz de „gripă" apărută în cursul sarcinii. În prezența semnelor de infecție gravă a fătului înregistrate la ecografie și la analizele

sangvine, se propune întreruperea terapeutică a sarcinii.

BOALA DE CHESON SAU (VEZI) ACCIDENTELE DE DECOMPRESIUNE

BOALA GHEARE DE PISICĂ SAU LIMFORETICULOZA BENIGNĂ DE INOCULARE

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie cu bacterii de tipul *Rochalimaea henselae sau Afipia felice*, transmisă printr-o zgîrietură sau muşcătură de pisică.

◆ **Frecvenţă**

Este una dintre principalele cauze ale prezenţei de ganglioni măriţi, persistînd izolat la copii şi adolescenţi.

◆ **Semne şi simptome**

După 3 pînă la 10 zile de la zgîrietură apare o proeminenţă roşie a pielii (papulă eritematoasă) sau o pustulă la nivelul zgîrieturii sau al muşcăturii. Una-două săptămîni mai tîrziu apare febră însoţită de mărirea dureroasă a unuia sau a mai multor ganglioni (adenopatie) în zona situată deasupra leziunii.

◆ **Investigaţii**

În general nu este necesară nici o explorare, simpla interogare a pacientului fiind suficientă pentru orientarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia spontană se face spre vindecare în cîteva luni. Singura complicaţie este formarea de puroi în ganglioni, cu posibilitatea scurgerii acestuia prin piele în urma formării unui mic canal (fistulizare).

◆ **Tratament**

Asociază medicamente împotriva durerii şi a febrei (analgezice şi antipiretice) evacuarea puroiului din ganglionii dureroşi prin puncţionarea cu un ac. Tratamentul cu antibiotice (din familia macrolidelor, de exemplu eritromicina) este indicat mai ales cu titlu preventiv, imediat după zgîrietură sau muşcătură, pentru a evita producerea infecţiei şi afectarea ganglionilor.

BOALA HEMOLITICĂ A NOU-NĂSCUTULUI SAU (VEZI) IMUNIZAREA SANGVINĂ MATERNO-FETALĂ

BOALA MEMBRANELOR HIALINE

◆ **Definiţie şi cauze**

Insuficienţă respiratorie a nou-născutului, care apare la prematuri din cauza unui deficit de sinteză a surfactantului, substanţă care permite menţinerea deschisă a alveolelor pulmonare, chiar şi în expir (în caz contrar, efortul necesar de a le redeschide în timpul fiecărui inspir este foarte mare).

◆ **Frecvenţă**

Apare la prematurii născuţi înainte de 35 de săptămîni. Cu cît gradul de prematuritate este mai mare, cu atît creşte riscul.

◆ **Semne şi simptome**

Nou-născutul prezintă, de la naştere sau în orele care urmează, o insuficienţă respiratorie care se manifestă în special prin mişcări anormale ale toracelui şi abdomenului, bătaia aripilor nasului şi emiterea unui geamăt în expir.

◆ **Investigaţii**

Noţiunea de prematuritate şi simptomele sînt suficiente pentru diagnostic. Dozarea nivelului de oxigen şi de dioxid de carbon în sînge, numită dozarea gazelor sangvine şi radiografia pulmonară permit evaluarea gravităţii afecţiunii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În lipsa tratamentului, deficitul de oxigen va antrena alterarea funcţiilor multor organe şi moartea. Progresele înregistrate în reanimarea neonatală au ameliorat considerabil prognosticul acestor copii.

◆ **Tratament**

Tratamentul vizează administrarea de surfactant de sinteză sau semi-sintetic prin căile respiratorii, asociată cu administrarea de oxigen. Uneori este necesară respiraţia artificială.

◆ **Prevenţie**

Injectarea de corticoizi la mamă (accele-

rarea maturării pulmonare a fătului) constituie o măsură de prevenţie eficientă aplicată în caz de naştere prematură previzibilă.

BOALA MITRALĂ

Definiţie şi cauze

Insuficienţă şi stenoză a valvei mitrale [A 7-9] asociate în diferite grade. Reprezintă aproape întotdeauna o sechelă a unei infecţii a peretelui intern al inimii secundară unei angine incorect tratate şi numită reumatism articular acut.

Frecvenţă

Reumatismul articular acut a dispărut aproape complet în ţările dezvoltate, o dată cu introducerea antibioticelor. Totuşi, acesta mai afectează încă persoane vîrstnice sau persoane din ţările în curs de dezvoltare.

Semne şi simptome

Principalul semn este dificultatea în respiraţie care apare la efort şi care se accentuează progresiv. Medicul descoperă la auscultaţia cardiacă un suflu şi zgomote tipice.

Investigaţii

Ecografia Doppler cardiacă (explorare care utilizează ultrasunete ce permit vizualizarea cavităţilor cardiace şi a sîngelui care circulă prin acestea) permite diagnosticul.

Evoluţie şi complicaţii

Complicaţia cea mai frecventă este apariţia unor tulburări de ritm cardiac (fibrilaţie atrială) care expune riscului de embolii (sîngele nu este evacuat complet din atriu, întrucît contracţiile acestuia sînt neregulate, ceea ce favorizează formarea de cheaguri ce pot pleca în circulaţie şi pot înfunda o arteră de la nivelul unui picior, al unei mîini sau al creierului). Mai rar, se poate produce o insuficienţă cardiacă acută, cu edem pulmonar acut. În plus, valvele deteriorate sînt mai sensibile la o infecţie gravă, numită endocardită, care afectează ţesutul ce acoperă în întregime pereţii interni ai inimii.

Tratament

Tratamentul medical presupune un regim sărac în sare, evitarea eforturilor fizice intense, administrarea unor medicamente care uşurează activitatea inimii (diuretice, tonicardiace, vasodilatatoare), asociate cu medicamente antiaritmice şi anticoagulante în cazul apariţiei unor tulburări de ritm. În momentul în care apar semne de proastă toleranţă a bolii, trebuie luată în calcul o intervenţie chirurgicală (reconstrucţia sau înlocuirea valvei).

BOALA MIXTĂ A ŢESUTULUI CONJUNCTIV SAU (VEZI) SHARP (SINDROMUL)

BOALA NODULUI SINUSAL SAU SINDROMUL SINUSULUI BOLNAV

Tulburare de ritm cardiac a cărei caracteristică este alternanţa de accese de accelerare şi de accese de încetinire a contracţiilor atriilor care survin în mod imprevizibil (fibrilaţie, flutter, tahicardie atrială, bradicardie sinusală, bloc sinoatrial [A 7-3/8]). Tratamentul asociază implantarea unui stimulator cardiac (pacemaker) cu administrarea de medicamente antiaritmice.

BOALA OMULUI DE PIATRĂ SAU (VEZI) MORESCH-WOLTMANN (SINDROMUL)

BOALA PERIODICĂ SAU FEBRA FAMILIALĂ MEDITERANEEANĂ

Definiţie şi cauze

Boală de origine necunoscută, caracterizată prin apariţia unor crize dureroase asociate cu febră. Apare din copilărie şi este legată de un fenomen inflamator care afectează în principal învelişurile abdomenului (peritoneul), plămînilor (pleura) şi ale articulaţiilor. Contextul familial (factor ereditar în 50% din cazuri) şi etnic permit orientarea diagnosticului.

Frecvenţă

Afectează îndeosebi persoanele originare din perimetrul mediteraneean, cu o frecvenţă deosebit de crescută în anu-

mite regiuni (1/2 000) şi cu predominanţă masculină.

◆ **Semne şi simptome**

Asociere de febră şi de crize dureroase:

1. Abdominale, putînd mima o peritonită (infecţie generalizată a abdomenului).
2. Toracice, cu respiraţie dificilă şi durere la baza toracelui (medicul descoperă la auscultaţie o frecătură la nivelul pleurei).
3. Articulare, cu tumefacţie importantă.

Este posibilă şi apariţia unor placarde roşii la nivelul pielii.

◆ **Investigaţii**

Analizele sanguine descoperă semne de inflamaţie (viteză de sedimentare a hematiilor [VSH] crescută) şi o creştere a numărului de globule albe.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Crizele durează cîteva zile şi reapar cu regularitate, dar cu perioade de remisiune şi cu intensitate variabile. Regresia semnelor este spontană. Reprezintă o afecţiune benignă, dar ale cărei semne alarmante pot fi înşelătoare şi pot antrena intervenţii chirurgicale inutile. Principala complicaţie este apariţia, din fericire rară, după circa zece ani, a unor modificări ale ţesuturilor rinichilor şi inimii care antrenează progresiv insuficienţa acestor organe (amiloidoză).

◆ **Tratament**

Un medicament, colchicina, previne sau reduce accesele la peste 90% dintre pacienţi. În criză, tratamentul se limitează la calmarea durerilor. La momentul primului acces trebuie exclusă o urgenţă chirurgicală abdominală reală.

BOALA POLICHISTICĂ RENALĂ A ADULTULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală genetică familială caracterizată prin dezvoltarea unor chisturi care distrug progresiv rinichii. Transmiterea este dominantă, adică este suficient ca unul dintre părinţi să fie purtător al bolii şi să transmită gena defectă, pentru ca şi copilul să fie afectat.

◆ **Frecvenţă**

Conform studiilor, boala polichistică renală afectează între o persoană din 400 şi o persoană din 1 000. Este cea mai frecventă dintre bolile renale ereditare; este responsabilă de peste 10% din insuficienţele renale cronice care necesită dializă.

◆ **Semne şi simptome**

Boala poate să nu producă simptome şi să fie descoperită întîmplător. Afectarea rinichiului apare cel mai frecvent la vîrsta adultă, cu prezenţa de sînge în urină (hematurie), hipertensiune arterială şi insuficienţă renală. În aproape 7 cazuri din 10 există chisturi şi la nivelul ficatului. Este posibilă şi afectarea vaselor, cu prezenţa de anevrisme (dilataţii localizate ale arterelor, cu rezistenţă scăzută la acest nivel) ale arterelor cerebrale.

◆ **Investigaţii**

Anomaliile rinichiului (şi ale ficatului) sînt puse în evidenţă de ecografie. Urografia intravenoasă (injectarea intravenoasă a unei substanţe care opacifiază urina permiţînd astfel vizualizarea pe radiografii a cavităţilor renale şi a căilor urinare) completează bilanţul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Infecţiile urinare şi hipertensiunea arterială reprezintă complicaţii frecvente. Anevrismele arterelor cerebrale se pot rupe, antrenînd hemoragii cerebrale. Evoluţia este variabilă, dar se face în general către insuficienţă renală, necesitînd dializă în jurul vîrstei de 50 ani. În acest caz trebuie avut în vedere transplantul renal, a cărui rată de succes este în prezent excelentă.

◆ **Prevenţie**

Se recomandă ancheta familială şi consilierea genetică.

BOALA POLICHISTICĂ RENALĂ A COPILULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală genetică a cărei caracteristică este asocierea prezenţei de chisturi la nivelul rinichiului cu fibroza ficatului (îngroşarea ţesuturilor cu alterarea funcţiei hepatice). Transmiterea bolii este numită recesivă, ceea ce înseamnă că este necesar ca

ambii părinţi, care nu dezvoltă boala, dar posedă gena anormală, să o transmită la copil, pentru ca acesta să fie afectat.

Frecvenţă

Este mult mai rară decît forma adultului şi afectează un copil din 40 000.

Semne şi simptome

Adesea afectarea rinichiului nu provoacă simptome iar boala se manifestă cel mai frecvent prin complicaţii legate de leziunile ficatului, în special prin hemoragii digestive secundare dilatării venelor situate în jurul esofagului (varice esofagiene), care servesc drept derivaţie pentru ca sîngele provenit de la tubul digestiv să se întoarcă la inimă; acesta trece mai greu prin ficatul ale cărui ţesuturi sînt îngroşate (se vorbeşte de hipertensiune portală, vena portă colectînd sîngele provenit de la tubul digestiv pentru a-l conduce spre ficat).

Investigaţii

Cuprind ecografia (de rinichi şi de ficat) şi urografia intravenoasă (injectarea intravenoasă a unei substanţe care opacifiază urina, permiţînd astfel vizualizarea pe radiografii a cavităţilor renale şi a căilor urinare).

Evoluţie, complicaţii şi tratament

Este o boală mult mai gravă decît cea a adultului. Rapiditatea evoluţiei este variabilă de la un copil la altul. Cînd alterarea funcţiilor ficatului şi rinichilor progresează rapid, singurul tratament este transplantul rinichi-ficat.

Prevenţie

Diagnosticul prenatal poate fi pus prin ecografie.

BOALA SERULUI

Definiţie şi cauze

Reacţie alergică ce apare în general după 7–12 zile de la injectarea unor medicamente (de exemplu penicilină) sau mai rar a unui ser (ser de cal). Principalele manifestări constau în urticarie, dureri articulare şi abdominale, precum şi creşterea în dimensiuni a ganglionilor (adenopatii). Uneori se poate produce o inflamaţie a rinichiului (glomerulonefrită). Regresia simptomelor se produce de obicei în cîteva zile.

BOALA SOMNULUI SAU TRIPANOSOMIAZA AFRICANĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă provocată de un parazit, *Trypanosoma rhodesiense* sau *gambiense*, transmis de musca ţe-ţe (sau *Glossina*), ale cărei semne neurologice dau gravitate bolii. Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este în general de 15 zile, dar în unele cazuri poate atinge 2 ani.

◆ **Frecvenţă**

În Africa, între 15° latitudine nord şi 20° latitudine sud, se produc 15 000 – 20 000 cazuri anual (cu o recrudescenţă în prezent), în special în zonele rurale. *T. gambiense* este prezentă în Africa de vest, iar *T. rhodesiense* în Africa de est.

◆ **Semne şi simptome**

Înţepătura trece de multe ori neobservată. Faza de generalizare a infecţiei se manifestă prin: febră neregulată, apariţia unor ganglioni măriţi la nivelul gîtului, creşterea în volum a ficatului şi a splinei, dezvoltarea unor papule roşii pe piele şi apariţia unor tulburări neurologice (insomnie sau, dimpotrivă, nevoia continuă de a dormi, delir, agitaţie nocturnă etc.). Faza de afectare a creierului se caracterizează prin tulburări majore de apetit, de temperatură şi se somn, dureri profunde şi tulburări neurologice (tremurături, incoordonare motorie, obnubilare (buimăceală), convulsii).

Investigaţii

Parazitul este căutat în sînge, lichidul cefalorahidian (obţinut prin puncţie lombară) sau într-un prelevat ganglionar. Detectarea în sînge a anticorpilor îndreptaţi împotriva parazitului (serodiagnostic) este, de asemenea, posibilă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Formele netratate sînt întotdeauna mortale. Cu tratament, mortalitatea scade la 10–20%. Forma cu *T. gambiense* evoluează timp de mai multe luni sau ani, în timp ce forma cu *T. rhodesiense* are o evoluţie rapidă şi foarte gravă spre deces în 4–8 săptămîni.

◆ **Tratament**

Tratamentul variază în funcţie de tipul şi de stadiul bolii. Diferitele medicamente utilizate sînt: suramina, pentamidina, derivaţii de arsenic şi eflornitina.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia individuală se bazează pe purtarea de haine protectoare şi utilizarea de substanţe repulsive; prevenţia colectivă, pe combaterea muştelor ţe-ţe. Riscurile pentru turişti sînt limitate, întrucît este o boală care se dezvoltă în zonele rurale şi necesită înţepături repetate ale muştelor contaminate.

BORRELIOZA (VEZI) BOALA LYME

BOT DE IEPURE SAU (VEZI) PALATOSCHISIS

BOTRIOMICOMUL

Formaţiune tumorală cutanată, alcătuită din vase sanguine. Se prezintă sub forma unui nodul brun sau albastru închis, separat de pielea sănătoasă printr-o zonă de strangulare, care apare adesea pe o leziune recentă. Se găseşte în general pe mîini, picioare sau pielea păroasă şi sîngerează foarte uşor. Uneori dispare spontan. În caz contrar, trebuie îndepărtat printr-o mică intervenţie chirurgicală sau prin electrocoagulare (arderea ţesuturilor prin degajarea unei cantităţi mari de căldură produsă de trecerea curentului electric).

BOTULISMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Intoxicaţie produsă de o toxină alimentară, eliberată de un microb, *Clostridium botulinum*, foarte rezistent la căldură, care se fixează pe sistemul nervos. Alimentele responsabile sînt: conservele făcute în casă, mezelurile, conservele de peşte etc. *C. botulinum* este foarte rezistent şi poate fi distrus numai prin expunerea la căldură umedă de 120°C timp de 30 de minute. Dimpotrivă, toxina se distruge prin preparare termică la 80°C timp de 30 de minute. Perioada dintre ingestia alimentelor contaminate şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) variază de la cîteva ore la cîteva zile.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune puţin frecventă, care se manifestă sub forma unor mici epidemii.

◆ **Semne şi simptome**

Primele semne sînt digestive: dureri abdominale, vărsături. Ele sînt urmate rapid de tulburări neurologice de tipul paraliziilor, începînd cu o afectare oculară (dilataţia pupilelor [midriază], tulburări ale vederii de aproape), care se pot extinde ulterior la nivelul membrelor inferioare. Apar, de asemenea, uscăciunea gurii şi dificultatea de a înghiţi (disfagie).

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul este confirmat prin evidenţierea toxinei în alimentul incriminat.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt determinate de tulburările respiratorii provocate de paralizia muşchilor respiratori, în special a diafragmei, precum şi a celor care permit înghiţirea, cu riscul ca alimentele să treacă în trahee în loc de esofag, ducînd la asfixierea bolnavului. Reprezintă deci o boală gravă, a cărei mortalitate era altădată foarte ridicată. Astăzi, datorită progreselor înregistrate în reanimare, mai ales prin utilizarea respiraţiei artificiale în faza critică, evoluţia este favorabilă în 9 cazuri din 10.

◆ **Tratament**

Spitalizarea trebuie făcută într-un serviciu de reanimare, pentru prevenirea şi tratarea precoce a complicaţiilor.

◆ **Prevenţie**

Prevenţia necesită: sterilizarea şi păstrarea la rece a conservelor preparate în casă, prepararea lor termică prelungită înainte de consum, îndepărtarea oricărui aliment suspect (cutii de conserve al căror capac este bombat, jambon cu miros anormal etc.).

BOUILLAUD (BOALA) SAU (VEZI) REUMATISMUL ARTICULAR ACUT

BOUVERET (BOALA)

Definiţie şi cauze

Boală caracterizată prin accese de tahicardie (accelerarea ritmului cardiac) provocate de o dereglare a sistemului electric ce permite în mod normal inimii să se contracte regulat. Se vorbeşte de tahicardie joncţională, întrucît zona disfuncţională din circuitul electric este situată la joncţiunea dintre atrii şi ventricule [A 7].

Frecvenţă

Survine frecvent la adulţii tineri, în special de sex feminin.

Semne şi simptome

Crizele apar şi se termină brusc. Ele se manifestă prin palpitaţii şi stare de nelinişte.

Investigaţii

Diagnosticul se pune pe baza electrocardiogramei (înregistrarea activităţii electrice a inimii), care arată un ritm regulat, cu accelerarea frecvenţei cardiace la valori cuprinse între 160 şi 200 bătăi/minut.

Evoluţie şi complicaţii

Reprezintă în general o afecţiune benignă, dar care trebuie tratată deoarece accesele de palpitaţii sînt îngrijorătoare pentru pacient. Oprirea accesului de tahicardie este adesea spontan. Este în general bine tolerată de către persoanele tinere, dar recidivele sînt frecvente.

Tratament

Rărirea bătăilor cardiace poate fi obţinută prin manevre vagale (efectuate sub supraveghere medicală), numite astfel deoarece stimulează nervul vag, care are o acţiune de scădere a frecvenţei cardiace: masajul sinusurilor carotidiene situate la nivelul gîtului, manevra Valsalva (efort de expiraţie cu gura închisă şi nările astupate), reflexe de vărsătură (apăsarea limbii în fundul gîtului, ceea ce declanşează o senzaţie de greaţă) etc. În caz de eşec, este indicată injectarea intravenoasă a unor medicamente: derivaţi de adenozin trifosfat (Fosfobion®) sau de diltiazem (Dilzem®).

Prevenţie

Recidivele, atunci cînd devin supărătoare, pot fi prevenite prin administrarea continuă de medicamente care scad frecvenţa cardiacă (din familia betablocantelor sau a inhibitorilor canalelor de calciu).

BOWEN (BOALA)

◆ **Definiţie şi cauze**

Cancer al pielii sau al mucoaselor ce rămîne superficial (afectează doar epiderma) şi a cărui evoluţie este foarte lentă.

◆ **Frecvenţă**

Tumora apare între 30 şi 60 ani la bărbaţi şi la femei.

◆ **Semne şi simptome**

Pe piele apare un mic placard proeminent (unic sau multiplu), de culoare roşie şi acoperit de o crustă care se extinde lent, avînd margini bine delimitate. Pe mucoase (gland sau vulvă), placardul este roşu strălucitor, cu margini nete şi rotunjite şi rezistent la diferitele tratamente.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea unui fragment de piele de la nivelul zonei afectate pentru examinarea la microscop (biopsia cutanată) permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este un cancer care se vindecă dacă este tratat într-o fază precoce, întrucît rămîne limitat la stratul superficial al pielii. În caz contrar, există riscul extinderii în profunzime şi al transformării într-un cancer mult mai grav, carcinomul spinocelular (vezi cancerele pielii).

◆ **Tratament**

Diferitele mijloace utilizate, singure sau în asociere, pentru distrugerea tumorii sînt: chirurgia, electrocauterizarea (producerea de căldură care arde ţesuturile, cu ajutorul unui curent electric transmis de un electrod pus în contact cu leziunea) şi aplicarea locală a unui medicament, 5-fluorouracilul.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Pentru depistarea precoce a leziunilor, în faza în care sînt superficiale, trebuie consultat dermatologul pentru orice anomalie a pielii şi mucoaselor.

BRONHOPNEUMOPATIA OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ (BPOC)

Această denumire desemnează asocierea bronşitei cronice obstructive cu emfizemul pulmonar.

BRONŞIECTAZIILE SAU DILATAŢIILE BRONŞICE

◆ **Definiţie şi cauze**

Dilataţii anormale şi permanente ale bronhiilor ce pot rămîne limitate la o zonă localizată a unui plămîn sau se pot extinde în ambii plămîni. Această anomalie poate fi prezentă de la naştere (boală congenitală: mucoviscidoza, sindromul de diskinezie ciliară etc.) sau poate fi legată de alte boli (sechele de infecţie, astm bronşic vechi, obstacol la nivelul bronhiilor prin inhalarea unui corp străin sau printr-o tumoră etc.).

◆ **Frecvenţă**

Pot apărea la orice vîrstă (din primele luni de viaţă pînă la vîrsta adultă).

◆ **Semne şi simptome**

Principalele manifestări sînt tusea cronică, cu expectoraţie galben-verzuie (purulentă), adesea sîngerîndă (hemoptizie).

◆ **Investigaţii**

Examenele cele mai fiabile pentru afirmarea diagnosticului sînt: tomografia computerizată şi bronhografia (radiografia cu o substanţă, numită substanţă de contrast, care face bronhiile vizibile, întrucît devin opace pentru razele X).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia depinde de întinderea leziunilor şi de frecvenţa episoadelor infecţioase. Principala complicaţie o reprezintă evoluţia spre insuficienţă respiratorie cronică. Prognosticul este variabil şi depinde de întinderea leziunilor.

◆ **Tratament**

Tratamentul medical vizează împiedicarea progresiei bolii şi evoluţia spre insuficienţă respiratorie cronică. Cuprinde: stimularea tusei pentru a putea elimina secreţiile bronşice (toaleta bronşică), kineziterapia şi tratamentul antibiotic precoce al infecţiilor. În formele localizate, tratamentul chirurgical poate fi luat în discuţie. În caz de sîngerare importantă sau recidivantă, ocluzia vasului care sîngerează poate fi realizată cu ajutorul unui cateter introdus în arterele bronşice (embolizare arterială bronşică).

◆ **Prevenţie**

Tratamentul antibiotic şi kineziterapia sistematică la copiii afectaţi de infecţii pulmonare sînt cel mai bun mijloc de a preveni evoluţia bolii.

BRONŞIOLITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie respiratorie acută provocată de un virus (virusul sinciţial respirator sau VSR, în 70–80% din cazuri) afectînd sugarii şi copiii sub vîrsta de 2 ani, ce poate determina obstrucţia bronhiilor de calibru mic.

◆ **Frecvenţă**

Epidemiile care apar iarna ridică probleme serioase prin suprasolicitarea spitalelor.

◆ **Semne şi simptome**

Boala debutează cu o rinofaringită; 2–3 zile mai tîrziu apar semne respiratorii care se agravează progresiv, cu tuse seacă evoluînd în chinte, însoţită de o respiraţie accelerată şi dificilă: toracele se destinde cu dificultate şi coastele devin vizibile în timpul inspirului, nasul se pensează şi bebeluşul geme. Apare de asemenea un zgomot şuierător în timpul expirului, care se aude încă de la intrarea în cameră (wheezing).

◆ **Investigaţii**

La auscultaţie sînt prezente semne de obstrucţie bronşică. Radiografia pulmonară evidenţiază distensia plămînilor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală impresionantă şi neliniştitoare pentru părinţi, dar cu evoluţie în general favorabilă în 6–8 zile. Suprainfectarea cu bacterii este posibilă. Grupele cu risc ce pot dezvolta forme grave sînt prematurii sub 3 luni, copii cu boli cardiace, pulmonare sau deficite imunitare (boli în care mecanismele de apărare ale organismului sînt slăbite). În caz de apariţie a semnelor de epuizare respiratorie, prezente în mai puţin de 5% din cazuri, se impune spitalizarea.

Tratament
Forma simplă poate beneficia de tratament la domiciliu, în care kineziterapia respiratorie joacă un rol esenţial. Forma severă necesită spitalizare şi tratament care asociază administrarea de oxigen, kineziterapia şi alimentarea prin gavaj sau perfuzie. În unele cazuri, rare de altfel, este necesară respiraţia artificială.

Prevenţie şi educaţie
Educarea familiei asupra modalităţilor de tratament la domiciliu şi asupra semnelor de gravitate este indispensabilă. Bronşiolita este un factor favorizant pentru apariţia astmului bronşic în caz de teren alergic.

BRONŞITA ACUTĂ

Definiţie şi cauze
Inflamaţie acută a bronhiilor care antrenează o creştere a cantităţii de secreţii. Ea apare în general ca urmare a unei infecţii virale. Suprainfectarea cu bacterii este frecventă.

Frecvenţă
Este o infecţie foarte frecventă, benignă la persoanele sănătoase, dar care poate avea consecinţe serioase dacă plămînii sînt deja afectaţi (bronşite cronice, dilataţii bronşice, mucoviscidoză etc.).

Semne şi simptome
Principalul semn este tusea, iniţial seacă, ulterior cu expectoraţii mucoase, nas înfundat şi dureri în piept, accentuate de efortul de tuse. Febra este mică. În caz de boală pulmonară preexistentă, apare sau se agravează o dificultate în respiraţie (dispnee).

Investigaţii
Auscultaţia pulmonară descoperă semne de obstrucţie. În absenţa factorilor ce predispun la gravitate nu este necesară nici o altă investigaţie. În celelalte cazuri, radiografia pulmonară şi eventual analiza secreţiilor bronşice (sputei) în laboratorul de bacteriologie sînt utile.

Evoluţie şi complicaţii
La adultul sănătos anterior, evoluţia este în general favorabilă în 8–10 zile. Principala complicaţie este infecţia pulmonară (pneumopatie). La persoanele fragile, prognosticul poate fi sever, cu apariţia detresei respiratorii, ce necesită internarea într-o secţie de terapie intensivă (reanimare) şi uneori recurgerea la respiraţie artificială.

◆ **Tratament**
La adultul anterior sănătos, sînt suficiente medicamentele împotriva febrei (antipireticele) şi a tusei (antitusivele) asociate cu repausul la pat. La bronşiticii cronici, tratamentul antibiotic este necesar încă de la început; spitalizarea este necesară în caz de semne de gravitate. Kineziterapia poate fi utilă în obstrucţia importantă cu dificultăţi în expectorare.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Combaterea fumatului (factor favorizant al evoluţiei spre forma cronică) este esenţială. La persoanele cu factori de risc este indicată vaccinarea antigripală şi antipneumococică.

BRONŞITA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Definiţia bronşitei cronice este: tuse cu expectoraţie timp de 3 luni consecutiv, cel puţin doi ani la rînd. Se vorbeşte de bronşită cronică obstructivă atunci cînd bronhiile prezintă leziuni ireversibile cu răsunet asupra funcţionării plămînilor. Cauza principală este fumatul. Se asociază frecvent cu emfizemul pulmonar.

◆ **Frecvenţă**
Afecţiune larg răspândită responsabilă de un număr crescut de decese. Numărul de cazuri noi este în creştere.

◆ **Semne şi simptome**
În stadiul de bronşită cronică obstructivă apare o dificultate în respiraţie (dispnee) ce survine iniţial la efort, apoi chiar şi în repaus. Ea se accentuează în timpul episoadelor de infecţie respiratorie, cînd se observă apariţia expectoraţiei mucoase sau purulente şi eventual a cianozei (coloraţie albastră a buzelor şi a vîrfurilor degetelor, din cauza lipsei de oxigenare a sîngelui).

◆ **Investigaţii**
Auscultaţia evidenţiază raluri sugestive

pentru afectarea bronşică. Radiografia pulmonară arată semne de distensie a plămînilor (coaste orizontalizate, diafragm aplatizat). Evaluarea funcţiei respiratorii se face cu ajutorul probelor funcţionale respiratorii. Prelevarea unei probe de sînge dintr-o arteră (de regulă din artera radială, în dreptul articulaţiei pumnului) permite dozarea gazelor sangvine, adică determinarea concentraţiei oxigenului şi a dioxidului de carbon din sînge.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia naturală se face mai mult sau mai puţin rapid – în special în funcţie de regimul de viaţă al pacientului – spre insuficienţă respiratorie cronică, ce necesită administrarea de oxigen la domiciliu, în general 24 de ore din 24. Celelalte complicaţii sînt reprezentate de: infecţiile pulmonare care, la pacienţii cu plămîni deja afectaţi, pot antrena o insuficienţă respiratorie ce necesită spitalizarea într-un serviciu de terapie intensivă (reanimare).

◆ **Tratament**

Tratamentul pe termen lung include medicamente care dilată bronhiile (bronhodilatatoare), medicamente antiinflamatorii (derivaţi ai cortizonului), antibiotice în timpul infecţiilor, kineziterapie şi, în formele avansate, administrarea continuă de oxigen. Complicaţiile acute pot impune utilizarea respiraţiei artificiale.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Întreruperea fumatului este imperios necesară în stadiul de bronşită cronică simplă, care este încă reversibilă. Vaccinarea antigripală şi antipneumococică este indicată în stadiul de bronşită cronică obstructivă.

BRUCELOZA SAU FEBRA DE MALTA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă comună omului şi multor animale. Este produsă de o bacterie din genul *Brucella* care se transmite prin contact direct cu secreţiile animalelor infectate sau prin consumul de lapte de la acestea (sau de produse derivate, în special brînză de vacă, oaie sau capră). Perioada medie dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de două săptămîni.

◆ **Frecvenţă**

Este prezentă în perimetrul bazinului mediteraneean. Reprezintă o boală profesională ce afectează crescătorii de animale şi veterinarii.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este de regulă brutal, cu febră ondulantă, transpiraţii, dureri de cap, dureri musculare şi articulare.

◆ **Investigaţii**

Analizele sanguine arată o scădere importantă a numărului de globule albe. Germenele poate fi detectat în sînge (hemoculturi, analize ce constau în prelevarea unor eşantioane de sînge care sînt puse în medii de cultură şi introduse ulterior în incubator, pentru ca eventualii germeni prezenţi să se reproducă şi să poată fi identificaţi). Anticorpii (molecule produse de sistemele de apărare ale organismului pentru a combate germenele agresor) pot fi prezenţi în sînge, dar numai la 15 zile de la debutul infecţiei; această analiză poartă numele de serodiagnostic Wright.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia este în general bună sub tratament, în cîteva săptămîni. În unele cazuri pot fi afectate mai multe organe: oase, articulaţii, meninge, ficat, inimă etc. În 5–10% din cazuri se produc recăderi în primele 6 luni după tratament.

◆ **Tratament**

Se recomandă repausul la pat şi administrarea de antibiotice (asocierea unui antibiotic din familia ciclinelor cu rifampicina) timp de şase săptămîni (trei luni în formele cu afectarea anumitor organe).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia generală necesită eradicarea rezervorului animal (vaccinare, tăiere etc.). Prevenţia individuală se face prin sterilizarea sau pasteurizarea laptelui, precum şi prin măsuri de protecţie destinate evitării contaminării la contactul cu animalele.

BRUXISMUL

Tulburare cronică în care persoana afectată strînge şi scrîşneşte din dinţi (cel mai adesea în cursul somnului), ceea ce duce la scăderea înălţimii dinţilor şi chiar la dezvelirea rădăcinii prin retragerea gingiei. Tratamentul constă în combaterea conştientă a acestei deprinderi inadecvate, utilizarea de sedative şi tranchilizante şi chiar realizarea de către dentist a unui aparat de protecţie pentru dinţi.

BUDD-CHIARI (SINDROMUL)

Definiţie şi cauze

Obstrucţia printr-un cheag de sînge a venelor supra hepatice, care conduc sîngele spre vena cavă inferioară [A 7]. Cauza poate fi o boală favorizantă (sînge prea uşor coagulabil etc.) sau compresia printr-o formaţiune ce se dezvoltă în ficat (tumoră, abces etc.).

Frecvenţă

Afecţiune rară.

Semne şi simptome

In 25% din cazuri nu există nici un semn. Forma acută asociază dureri, distensie abdominală, o discretă coloraţie galbenă a pielii (icter), acumularea de lichid în abdomen (ascită), cu un ficat mare şi dureros. Forma cronică, mai frecventă, se manifestă prin ascită şi dureri abdominale uşoare. În caz de extindere a cheagului spre vena cavă inferioară (venă care duce spre inimă tot sîngele din porţiunea inferioară a corpului), se constată o tumefiere a membrelor inferioare (edem) cu apariţia de vene sinuoase vizibile pe abdomen (circulaţie venoasă colaterală abdominală).

Investigaţii

Explorările care permit stabilirea diagnosticului sînt ecografia Doppler (examen ce utilizează ultrasunetele pentru a vizualiza circulaţia sîngelui în vase), tomografia computerizată, examenul IRM şi biopsia hepatică (prelevarea unui fragment de ficat, cu ajutorul unui ac introdus prin peretele abdomenului, pentru examinarea la microscop).

♦ **Evoluţie şi complicaţii**

În forma acută, evoluţia este adesea mortală. Forma cronică este frecvent bine tolerată sub tratament, dar este posibilă şi agravarea progresivă, cu evoluţie spre insuficienţă hepatică.

♦ **Tratament**

În forma acută, medicamentele injectabile pentru dizolvarea cheagurilor (tromboliticele) nu sînt întotdeauna eficiente. În tratamentul formei cronice se administrează regim fără sare şi diuretice (medicamente care stimulează eliminarea de urină). În caz de eşec, se poate încerca o intervenţie chirurgicală, care vizează realizarea unei derivaţii a venelor ficatului (anastomoză portocavă), sau chiar un transplant hepatic.

BUERGER (BOALA) SAU TROMBANGEITA OBLITERANTĂ

♦ **Definiţie şi cauze**

Boală inflamatorie care determină ocluzia vaselor sangvine, în special la nivelul extremităţilor membrelor. Cauza este necunoscută, însă fumatul constituie un factor de risc major.

♦ **Frecvenţă**

Afectează în principal bărbaţii fumători între 29 şi 40 ani. Ponderea femeilor este de 5%, dar în continuă creştere.

♦ **Semne şi simptome**

Afectarea arterelor se manifestă prin oprirea circulaţiei la nivelul extremităţilor (ischemie distală). Picioarele sînt reci, dureroase, pielea este modificată şi nu se palpează pulsul; la nivelul mîinilor se produc tulburări ale circulaţiei agravate de expunerea la frig, dispariţia pulsului radial sau cubital, moartea ţesuturilor situate sub unghii, care se traduce prin dureri intense. Afectarea venelor antrenează obstrucţia prin cheaguri de sînge a venelor situate sub piele (tromboflebite superficiale) la nivelul gambelor sau antebraţelor.

♦ **Investigaţii**

Au ca obiectiv evaluarea stării vaselor şi a circulaţiei de la nivelul mîinilor şi picioarelor. Este vorba despre ecografia Doppler arterială (vizualizarea vaselor cu ajutorul ultrasunetelor), pulsoxime-

tria (măsurarea oxigenării ţesuturilor la nivelul extremităţii degetelor), arteriografia (radiografia vaselor) şi biopsia vasculară (prelevarea unui mic fragment de ţesut din peretele vasului pentru examinarea la microscop).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Este o boală gravă, care duce la amputaţii în cursul evoluţiei la o treime din pacienţi. Recăderile sînt constante în caz de continuare a fumatului.

◆ **Tratament**
Tratamentul medical utilizează un medicament care dilată vasele, iloprostul (Ilomedin®). În caz de afectare gravă, chirurgia plastică poate fi indicată.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Întreruperea fumatului este imperios necesară. Trebuie evitate traumatismele, agresiunile chimice, micozele (infecţii produse de ciuperci, frecvente mai ales la nivelul picioarelor), expunerea la frig a extremităţilor. Medicamentele care au ca acţiune sau ca efect secundar reducerea diametrului vaselor (vasoconstrictoarele) sînt interzise.

BUFEUL DELIRANT ACUT SAU PSIHOZA DELIRANTĂ ACUTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Apariţia brutală şi bruscă a unui delir cu halucinaţii, idei delirante şi distorsiuni de gîndire.

◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune frecventă a adultului tînăr între 20 şi 30 ani.

◆ **Semne şi simptome**
Temele delirante sînt multiple şi se schimbă rapid: credinţe bazate pe sentimente şi intuiţie (delir mistic), iluzia de a fi iubit (delir erotomanic), sentimente de persecuţie sau de grandoare. Se produce uneori o depersonalizare (impresia bolnavului că nu mai este el însuşi). Halucinaţiile sînt numeroase (auditive, vizuale, tactile). Angoasa este frecventă, cu tulburări de comportament, uneori cu dezorientare în timp şi în spaţiu, şi cu tulburări de somn.

◆ **Investigaţii**
Nu sînt utile decît pentru eliminarea unor cauze de altă natură decît psihiatrică: intoxicaţii (alcool, haşiş, amfetamine, LSD etc.), afecţiuni cerebrale etc.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Debutul este brutal, iar evoluţia este în general rapid favorabilă sub tratament. Poate fi vorba despre un episod izolat, eventual episoade recidivante în cadrul tulburărilor de dispoziţie, sau poate reprezenta primul episod al unei boli psihice cronice grave, îndeosebi al schizofreniei.

◆ **Tratament**
Este necesară spitalizarea şi administrarea de medicamente, mai ales neuroleptice şi sedative.

◆ **Prevenţie**
Supravegherea, bazată pe o bună relaţie medic – pacient, este esenţială după faza acută.

BULIMIA

◆ **Definiţie şi cauze**
Episoade de creştere exagerată a poftei de mîncare („foame devorantă“) asociată cu un sentiment de pierdere a controlului asupra comportamentului alimentar. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**
Debutul simptomatologiei se situează între 16 şi 21 ani, la femei tinere cu un nivel socio-economic mediu sau înalt. Estimările asupra frecvenţei variază, în funcţie de criteriile adoptate, între 3 şi 12% din populaţia feminină cu vîrste între 16 şi 25 ani. 10 pînă la 20% din cazuri apar la bărbaţi.

◆ **Semne şi simptome**
Accesul survine brusc într-o perioadă de inactivitate sau de stres, cu înghiţirea foarte rapidă a unei cantităţi enorme de alimente. Teama de îngrăşare antrenează comportamente de compensare: vărsături provocate, perioade de post, medicamente anorexigene (medicamente care „taie“ foamea), laxative, diuretice (medicamente care stimulează eliminarea de urină, pierderea de apă antrenînd o scădere în greutate) etc.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Principalele complicaţii sînt reprezentate de apariţia unor leziuni digestive (dilataţia

acută a stomacului, cu risc de perforaţie) şi a unor tulburări hidroelectrolitice (tulburări ale conţinutului organismului în apă şi săruri minerale – în principal sodiu şi potasiu). Evoluţia este imprevizibilă: dispariţia crizei poate fi spontană, episodul bulimic poate surveni în cadrul unei anorexii mentale sau tulburarea poate fi gravă, cu tentative de suicid.

Tratament

Spitalizarea este rareori necesară. Îngrijirile cuprind terapii cognitiv-comportamentale (analiza factorilor care declanşează accesele şi convingerea pacientului de capacitatea sa de a schimba cursul acestora), terapiile de grup şi metodele centrate pe anturajul familial. Uneori tratamentul antidepresiv este util.

BURSITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţie acută sau cronică a unei burse seroase (cavitate închisă ce conţine lichid situată în zonele de frecare din vecinătatea articulaţiilor). În majoritatea cazurilor cauza rămîne necunoscută. Factorii favorizanţi sînt traumatismele, surmenajul cronic, afecţiunile reumatice inflamatorii şi infecţiile.

Frecvenţă

Frecventă.

Semne şi simptome

Bursita acută se caracterizează prin dureri şi limitarea mobilităţii. Pot apărea de asemenea revărsat lichidian şi edem, care se traduc prin tumefierea articulaţiei.

◆ **Investigaţii**

Radiografiile arată calcificări sau alte modificări la nivelul articulaţiei afectate.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Forma cronică poate urma unor episoade acute sau unor traumatisme repetate. Durerea poate duce la scăderea în volum a muşchilor (atrofie musculară) şi la limitarea mişcărilor.

◆ **Tratament**

În absenţa infecţiei, tratamentul cuprinde repausul, imobilizarea, administrarea de medicamente împotriva durerii şi inflamaţiei, precum şi administrarea locală de injecţii cu derivaţi ai cortizonului. În caz de infecţie este necesar tratamentul antibiotic asociat unei mici intervenţii chirurgicale (drenaj sau excizie).

BUTONUL DE ORIENT SAU (VEZI) LEISHMANIOZA CUTANATĂ

BYWATERS (SINDROMUL) SAU (VEZI) SINDROMUL DE STRIVIRE SAU CRUSH SYNDROME

C

…HI-RICCI (BOALA)

Definiție și cauze

Dilatații ale unor cavități renale (tuburile care colectează urina) care pot conține calculi. Uneori sînt ereditare, dar în majoritatea cazurilor nu poate fi detectată nici o cauză.

Frecvență

Frecvența pare ridicată: aproape o persoană din 200 la un examen radiologic al rinichiului efectuat sistematic.

Semne și simptome

În cea mai mare parte a timpului nu există nici un simptom. Boala se poate manifesta prin dureri violente în regiunea inferioară a spatelui (colici nefretice cauzate de calculi [pietre] care împiedică scurgerea urinei în vezică), prin infecții urinare repetate și prin prezența de sînge în urină (hematurie).

Investigații

Radiografia rinichilor după injectarea intravenoasă a unei substanțe ce conține iod (urografia intravenoasă) evidențiază dilatațiile și depozitele de calciu. Investigațiile trebuie reduse la minimum pentru limitarea riscului de infecție.

Evoluție și complicații

Este o afecțiune benignă. Foarte rar, rinichii sînt distruși progresiv, în special în caz de calculi importanți și/sau infecții severe și repetate, ceea ce determină apariția unei insuficiențe renale.

Tratament

În general nu este necesar nici un tratament. Trebuie consumate sistematic lichide în cantități suficiente pentru a limita formarea calculilor.

…LE LACRIMALE (…STRUCȚIA)

Obstrucția canalelor de evacuare a lacrimilor din glandele care le produc. Foarte frecventă la sugar și la vîrstnic, aceasta se traduce printr-o lăcrimare cu secreție limpede la început, apoi purulentă (conjunctivită purulentă). La nou-născut, cauza este o stenoză sau lipsa perforării canalului lacrimal, care se tratează ușor prin introducerea unui cateter sau a unei sonde. La copil, obstrucția apare frecvent în cursul rinofaringitelor și regresează odată cu tratarea acestora. La vîrstnic, îngustarea este legată frecvent de o afecțiune inflamatorie și frecvent este necesară montarea unei sonde.

CALOZITĂȚILE

◆ **Definiție și cauze**

Excrescențe ale epidermei (stratul superficial al pielii) în formă de con, dureroase. Se observă în special la nivelul articulațiilor degetelor de la picioare sau între acestea. Sînt provocate de presiunea sau fricțiunea repetată.

◆ **Frecvență**

Foarte frecvente, în special la femei. Purtarea de încălțăminte prea strîmtă reprezintă un factor favorizant.

◆ **Semne și simptome**

Calozitățile sînt de mărimea unui bob de mazăre. Durerea este fie spontană, fie provocată de apăsare.

Evoluție și complicații

În absența tratamentului, mersul este stînjenit considerabil. La pacienții cu tulburări circulatorii, în special la diabetici, trebuie evitată rănirea din cauza riscului crescut de suprainfectare și a cicatrizării dificile.

Tratament

Utilizarea unei pietre ponce și a unor substanțe care îndepărtează pielea îngro-

șată (keratolitice) sînt eficiente. Se recomandă consultarea unui chiropodist.

◆ **Prevenție**

Prevenția necesită purtarea de încălțăminte lejeră, de branțuri din materiale moi etc.

CALVÉ (BOALA) SAU VERTEBRĂ PLANĂ

Tulburare de creștere osoasă (osteocondroză) a porțiunii centrale a vertebrei, întîlnită la copilul mic. Se traduce printr-un aspect plan și turtit al vertebrei. Se recomandă consolidarea mușchilor care susțin vertebrele și evitarea sporturilor care solicită coloana vertebrală.

CANAL CARPIAN (SINDROMUL DE)

◆ **Definiție și cauze**

Canalul carpian este un tunel situat la nivelul feței interne a articulației pumnului, format între oase și o bandă de țesut rigid situată sub piele [A 1-12]. Este inextensibil și nervii care îl traversează pot fi comprimați la acest nivel. De obicei este afectat nervul numit median, care inervează o porțiune a mîinii. Această tulburare este uneori secundară unor afecțiuni reumatice, unor traumatisme sau unor tulburări metabolice sau hormonale (hipotiroidie, diabet, sarcină etc.).

◆ **Frecvență**

Este o afecțiune foarte frecventă, care afectează cu precădere femeile în preajma menopauzei. Este recunoscută ca boală profesională în caz de microtraumatisme repetate (munca la ciocan pneumatic, dar și tastarea continuă la calculator etc.).

◆ **Semne și simptome**

Tulburările cele mai frecvente sînt reprezentate de parestezii și dureri la nivelul primelor trei degete (teritoriul nervului median), care survin cel mai adesea noaptea, împiedicînd persoana afectată să doarmă.

◆ **Investigații**

Sînt utilizate cîteva teste de provocare, în special testul Tinel (percutarea nervului median la nivelul articulației pumnului) care reproduce simptomele la nivelul mîinii. Infiltrarea de corticoizi calmează durerea și constituie un test diagnostic. Electromiograma (înregistrarea stimulării nervoase a mușchilor) este uneori utilă.

◆ **Evoluție și complicații**

Tratamentul este simplu și permite dispariția simptomelor.

◆ **Tratament**

Tratamentul inițial este în general medical, cu infiltrații de corticoizi (maximum 3 injecții). În caz de eșec, uneori chiar de la început, tratamentul este chirurgical, cu secționarea ligamentului care comprimă nervul, efectuată cel mai frecvent sub anestezie locală (numai brațul este anesteziat).

◆ **Prevenție**

Atunci cînd este cunoscută cauza, tratarea acesteia sau măsurile de prevenire sînt esențiale, în special o eventuală reorientare profesională.

CANALUL ARTERIAL (PERSISTENȚA)

◆ **Definiție și cauze**

Lipsa închiderii comunicării care există la făt între artera pulmonară și aortă [A7-1/7] din cauza absenței funcționării plămînilor în uterul matern. După naștere, această comunicare trebuie să se închidă, în mod normal, din momentul în care copilul începe să respire.

◆ **Frecvență**

Reprezintă 15% dintre bolile cardiace prezente la naștere (congenitale), care afectează 7 copii din 1 000. Este frecventă în special la prematurii cu greutate mică.

◆ **Semne și simptome**

Poate fi bine tolerată și descoperită întîmplător la o vîrstă mai înaintată. În forma rău tolerată, semnele apar în primele luni de viață, cu lipsa creșterii, accelerarea respirației, mai ales în timpul suptului, transpirații și infecții pulmonare, care agravează celelalte semne.

◆ **Investigații**

Medicul descoperă la auscultație un su-

...lu continuu sub clavicula stîngă. Ecografia cardiacă confirmă diagnosticul.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia este către jenă respiratorie la efort cu agravare progresivă, cauzată de o ... tensiune arterială pulmonară. Principala complicaţie este o infecţie ce afectează valvele şi pereţii interni ai inimii (endocardita bacteriană).

Tratament

La prematur, utilizarea unui medicament numit indometacină permite închiderea canalului. În caz de eşec se recurge la intervenţie chirurgicală clasică sau închisă, prin introducerea unui cateter în aortă.

...NCERUL CĂII BILIARE ...NCIPALE [A 12-7(3)]

Cancer rar care predomină la bărbaţi. Principalele semne clinice sînt icterul (coloraţia galbenă a pielii), însoţit de mîncărimi (prurit) şi scădere în greutate. Prognosticul este foarte sumbru. Tratamentul chirurgical este dificil şi se recurge adesea la metodele endoscopice (fără deschiderea abdomenului), care permit realizarea unei derivaţii a bilei.

...NCERUL CAVITĂŢII BUCALE

Definiţie şi cauze

Tumoră malignă care se dezvoltă din celulele mucoasei cavităţii bucale, inclusiv a limbii (cancerul de limbă). Factorii de risc principali sînt fumatul şi alcoolul.

Frecvenţă

Afectează în special bărbatul adult. Aceste tumori sînt diagnosticate uneori într-un stadiu avansat, din cauza neglijenţei pacienţilor.

Semne şi simptome

Leziunile cele mai frecvente sînt ulceraţii cu marginea neregulată şi dură (leziuni de mucoasă care nu se cicatrizează). Uneori au un aspect de mugure şi se vorbeşte de forma vegetantă; există, de asemenea, forme mixte ulcerovegetante, forme cu fisuri sau o dezvoltare spre profunzime cu suprafaţă dură (forme infiltrative).

◆ **Investigaţii**

Prelevarea de ţesut pentru examinarea celulelor la microscop permite confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia depinde de precocitatea diagnosticului. Intervenţiile chirurgicale lasă frecvent sechele la nivelul feţei.

◆ **Tratament**

Tratamentele de bază sînt chirurgia (ablaţia tumorii, electrocoagularea) şi radioterapia (curieterapia, constînd în introducerea în tumoră a unor filamente de metal radioactiv care distrug celulele canceroase sau iradierea externă). Chimioterapia este rareori utilizată.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia se bazează pe combaterea fumatului şi a alcoolismului.

CANCERUL DE CAVUM SAU DE NAZOFARINGE [A 11-13(2)]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă ce afectează nasul şi porţiunea superioară a faringelui. Se pare că există o legătură între apariţia acestui tip de tumoră şi infecţia cu virusul Epstein-Barr (EBV), care este uneori inaparentă, iar alteori se manifestă asemănător unei gripe.

◆ **Frecvenţă**

Frecvenţa este foarte ridicată în Asia de Sud-Est (20–30 cazuri/100 000 locuitori/an), intermediară în Africa de Nord (5–9/100 000) şi scăzută în Europa (0,1–0,5/100 000), cu o predominanţă masculină.

Semne şi simptome

Una din nări este înfundată, cu scurgere de puroi şi episoade de sîngerări (epistaxis), otită şi mărirea ganglionilor de la nivelul gîtului, care devin palpabili.

◆ **Investigaţii**

Examinarea fundului de gît cu ajutorul unei oglinzi (rinoscopia posterioară), tomografia computerizată şi examenul IRM, asociate căutării infecţiei cu virusul EBV (serologia) permit stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este atingerea

nervilor care provin din creier şi inervează ochii şi restul feţei (nervii cranieni); pot apărea: vederea dublă (diplopia), durerile la nivelul feţei (nevralgia facială), contractura muşchilor maxilarului (trismus). Tratamentul se află la originea unor sechele importante şi prognosticul este sever, dar un număr important de pacienţi supravieţuiesc totuşi după 5 ani.

◆ **Tratament**

Asociază radioterapia şi chimioterapia.

CANCERUL DE COL UTERIN [A 14-8]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă dezvoltată în 8–9 cazuri din 10 pe seama celulelor de suprafaţă ale colului uterin (carcinom epidermoid), iar în celelalte cazuri pe seama celulelor glandelor de la acest nivel (adenocarcinom infiltrant). Factorii de risc sînt: comportamentul sexual (vîrsta precoce a primului contact, sarcinile multiple, numărul mare de parteneri), fumatul, factorii genetici şi slăbirea mecanismelor de apărare ale organismului (imunodepresia) care favorizează acţiunea unor virusuri (papilomavirusuri, virusuri herpetice) responsabile de transformarea malignă a celulelor.

◆ **Frecvenţă**

Acest cancer afectează circa 5 000 de femei pe an. Vîrsta medie la descoperire este de 55 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Frecvent descoperirea se face în cazul apariţiei unor sîngerări (metroragii) provocate de contactele sexuale. Uneori apar scurgeri (leucoree) cu striuri de sînge.

◆ **Investigaţii**

Examenul ginecologic permite vizualizarea colului (colposcopie). Este completat de prelevări de ţesut (biopsii) pentru examinarea la microscop.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este în general bun, în special în caz de diagnostic precoce. Factorii de gravitate sînt reprezentaţi de extensia tumorii la vezica urinară şi/sau la rect. Metastazele sînt rare, chiar dacă ganglionii micului bazin sînt frecvent atinşi.

◆ **Tratament**

Tratamentul utilizează în general curieterapia (implantarea în col a unor filamente radioactive care distrug celulele canceroase) urmată de chirurgie. În caz de atingere a ganglionilor din bazin se utilizează radioterapia, completată eventual de chimiotrapie.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Depistarea se face după un protocol bine stabilit, cuprinzînd realizarea sistematică de frotiuri cervicovaginale care permit detectarea stadiilor precanceroase (stări displazice), în special la femeia tînără şi tratarea acestora (crioterapia, care corespunde unei cauterizări cu ajutorul frigului; laser; conizaţia colului, care corespunde unei ablaţii a porţiunii de col atinsă de celulele canceroase).

CANCERUL DE COLON

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a colonului care [A 12-8(1)] se dezvoltă pornind de la numeroasele glande situate în peretele acestuia. Principalii factori de risc sînt polipii colonici şi antecedentele familiale de cancer de acelaşi tip. Grăsimile alimentare au un rol favorizant, în timp ce fibrele vegetale au, dimpotrivă, un rol protector.

Frecvenţă

33 000 cazuri noi/an şi 16 000 decese/an în Franţa (15% din totalul cancerelor). Incidenţa creşte începînd de la vîrsta de 40–45 ani, cu un maximum spre 75 ani, fără predominanţă de sex.

◆ **Semne şi simptome**

O perioadă îndelungată nu există nici o manifestare. Semnele revelatoare sînt tulburările de tranzit intestinal (constipaţie, diaree etc.), hemoragiile prin anus, puţin abundente, dar repetate, durerile abdominale (evoluînd în crize cu agravare progresivă şi cedînd prin emisia brutală de materii fecale sau gaze), apariţia unei mase tumorale abdominale ce poate fi palpată prin peretele abdominal şi alterarea stării generale.

◆ **Investigaţii**

O explorare radiologică, clisma baritată (irigografia) permite evidenţierea tumorii care obstruează mai mult sau mai puţin

colonul, datorită introducerii prin clismă a unei substanţe opace la razele X. Vizualizarea directă este posibilă prin introducerea unui tub în anus (colonoscopia realizată sub anestezie generală), ceea ce permite şi prelevarea de biopsii pentru examinarea la microscop. Dozarea în sînge a unor substanţe numite markeri tumorali este utilizată în supravegherea după operaţie.

Evoluţie şi complicaţii

Ocluziile, abcesele şi perforaţiile reprezintă principalele complicaţii. În general, prognosticul este bun şi se poate vorbi chiar de vindecare după ablaţia tumorii, în caz de absenţă a metastazelor.

Tratament

Constă într-o intervenţie chirurgicală care îndepărtează porţiunea de colon afectată (colectomie). Uneori se asociază chimioterapia.

Prevenţie şi educaţie

Prevenţia individuală constă în ablaţia polipilor. Prevenţia colectivă se bazează pe detectarea sîngelui în materiile fecale cu ajutorul unor bandelete reactive (Hemoccult®).

NCERUL DE CORP UTERIN 14-4]

Definiţie şi cauze

Tumoră malignă care se dezvoltă de cele mai multe ori din glandele peretelui intern al uterului (endometru) la femeile aflate la menopauză. Factorii de risc sînt: antecedentele familiale de cancer de acelaşi tip, excesul de estrogeni în cursul vieţii (pubertate precoce şi/sau menopauză tardivă, lipsa copiilor, diabetul, substituţia hormonală după menopauză fără administrarea de progestativ) şi leziunile precanceroase ale peretelui intern al uterului.

◆ **Frecvenţă**

Este cel mai frecvent cancer ginecologic, cu 6 000 cazuri noi pe an. Este foarte rar înainte de 40 ani şi cea mai frecventă vîrstă de apariţie se situează în jur de 60 ani.

Semne şi simptome

Apar sîngerări în afara perioadei normale de menstruaţie (metroragii), nedureroase, reduse cantitativ şi scurgeri vaginale tulburi şi urît mirositoare (leucoree).

◆ **Investigaţii**

Tuşeul vaginal descoperă un uter moale şi dureros. Explorările care permit stabilirea diagnosticului sînt frotiurile din celule prelevate de la nivelul colului şi din interiorul uterului, prelevarea unui fragment din peretele uterin pentru examinarea la microscop (biopsia de endometru, eventual chiuretajul) şi ecografia.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este bun atunci cînd cancerul este descoperit într-un stadiu precoce. Dimpotrivă, în caz de metastaze, acesta este mult mai rezervat.

◆ **Tratament**

Chirurgia constituie baza tratamentului: ablaţia uterului (histerectomie) sau ablaţia „totală" (înlăturarea corpului, a colului uterin şi a ovarelor). În funcţie de stadiu, se pot utiliza şi radioterapia, curieterapia (filamente radioactive puse în contact cu tumora şi care distrug celulele canceroase), chimioterapia şi hormonoterapia (tamoxifen), singure sau în asociere.

◆ **Prevenţie**

Nici un examen de depistare nu este fiabil. Toate sîngerările ginecologice din perioada menopauzei sau de după aceasta necesită o consultaţie şi un bilanţ medical. Supravegherea apariţiei eventualelor recidive este esenţială după terminarea tratamentului.

RUL DE INTESTIN A 11-13(1)]

Tumoră malignă rară. Simptomele sînt puţin caracteristice: dureri abdominale, colici, greaţă, vărsături etc. Principalele complicaţii sînt ocluzia, hemoragia şi perforaţia. Examenul radiologic, după ingestia unei substanţe care opacifiază interiorul intestinului (tranzitul baritat) este cea mai bună explorare pentru stabilirea diagnosticului. Tratamentul este în primul rînd chirurgical (ablaţia zonei de intestin afectată de tumoră), eventual asociată chimioterapiei şi radioterapiei.

CANCERUL DE LARINGE [A 11-15(1)]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă care poate afecta gîtul la diferite niveluri (deasupra, la nivelul sau dedesubtul corzilor vocale). Fumatul şi consumul de alcool reprezintă principalii factori de risc.

◆ **Frecvenţă**

În fiecare an apar circa 5 000 de cazuri în Franţa. În peste 90% din cazuri este vorba despre bărbaţi între 50 şi 70 ani. Cancerele laringiene reprezintă o treime din cancerele ORL.

◆ **Semne şi simptome**

Semnul major este modificarea vocii (disfonia). Pot apărea, de asemenea, o jenă la înghiţire (disfagie), o dificultate în respiraţie (dispnee) şi mărirea ganglionilor de la nivelul gîtului.

◆ **Investigaţii**

Examinarea fundului de gît cu ajutorul unei oglinzi, apoi sub anestezie generală (laringoscopia) cu prelevarea unor fragmente de ţesut pentru examenul microscopic (biopsiile) confirmă diagnosticul. Tomografia computerizată permite aprecierea extensiei tumorii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este rezervat. Tratamentul chirurgical poate lăsa sechele, cu păstrarea unei traheostomii (orificiu la nivelul gîtului care permite bolnavului să respire) şi necesitatea reeducării vocii.

◆ **Tratament**

Chirurgia şi radioterapia, sînt utilizate singure sau în asociere. Chimioterapia este mai rar folosită.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Combaterea fumatului şi a alcoolismului reprezintă baza prevenirii cancerelor laringiene.

CANCERUL DE LIMBĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a limbii. Se disting: cancerele porţiunii mobile şi cele ale bazei limbii. Factorii favorizanţi sînt consumul crescut de alcool şi de tutun, precum şi igiena buco-dentară deficitară.

• **Frecvenţă**

Reprezintă circa 3% din cancerele care apar la bărbaţi. Aproape 70% din cazuri afectează bărbaţii sub 65 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele sînt puţin importante (jenă în alimentare, dureri la nivelul urechii, sîngerări locale, mărirea ganglionilor cervicali) şi sînt neglijate de către pacient, ceea ce duce la descoperirea tardivă a cancerului.

◆ **Investigaţii**

Examenul cavităţii bucale descoperă o leziune supradenivelată ce pare acoperită de veruci (vegetantă), scobită asemenea unei răni (ulcerată) sau dură la palpare (infiltrantă). Prelevarea de ţesut pentru examenul microscopic (biopsia) confirmă diagnosticul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este un cancer grav, cu invadarea frecventă a ţesuturilor din vecinătatea limbii şi cu metastazare la nivelul ganglionilor limfatici ai gîtului. Unele complicaţii (infecţia pulmonară determinată de tulburările de înghiţire, hemoragiile) pot fi mortale. Prognosticul este rezervat, cu apariţia de sechele legate de tratament.

◆ **Tratament**

Tratamentul se face prin chimioterapie, curieterapie (filamente radioactive puse în contact cu tumora şi care distrug celulele canceroase), radioterapie şi chirurgie. Un nou regim de viaţă este indispensabil: renunţarea la fumat şi la consumul de alcool, repararea danturii.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Ca pentru toate cancerele cavităţii bucale şi ale gîtului, măsurile de educaţie sanitară împotriva alcoolismului şi fumatului reprezintă bazele prevenţiei.

CANCERUL DE PANCREAS

◆ **Definiţie şi cauze**

Majoritatea tumorilor maligne ale pancreasului se dezvoltă pornind de la canalele de evacuare ale pancreasului. Fumatul şi pancreatita cronică sînt principalii factori de risc.

Frecvenţă

Reprezintă 3% din totalul cancerelor. Vîrsta de apariţie se situează între 55 şi

70 ani, cu o uşoară predominanţă masculină.

Semne şi simptome

Asocierea de dureri la nivelul stomacului, cu iradiere în spate, icter (coloraţie galbenă a pielii), tulburări digestive, alterarea stării generale, creştere în volum a splinei şi hemoragii digestive, precum şi de tulburări psihice (anxietate, depresie, premoniţie a unei afecţiuni severe).

Investigaţii

Tomografia computerizată şi ecografia permit vizualizarea pancreasului. Două explorări mai specializate sînt de asemenea utilizate: ecoendoscopia, care utilizează un tub introdus în intestin ce permite transmiterea de ultrasunete, şi colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP), care constă în introducerea unui tub pînă la nivelul vărsării în intestin a canalelor pancreatice şi biliare, apoi injectarea unei substanţe opace care permite vizualizarea acestor canele pe clişeele radiologice. Bilanţul hepatic sangvin este perturbat.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este în general sever, în special în caz de metastaze.

◆ **Tratament**

În funcţie de gravitatea afecţiunii, intervenţia chirurgicală constă în îndepărtarea pancreasului sau se limitează la realizarea unei derivaţii biliare. Radioterapia poate fi utilă pentru calmarea durerilor. Recurgerea precoce la îngrijiri paliative este indispensabilă.

CANCERUL DE PAROTIDĂ (VEZI) TUMORILE PAROTIDEI [A 12-9(2)]

CANCERUL DE PIELE [D1]

◆ **Definiţie şi cauze**

Se disting mai multe tipuri de tumori maligne al pielii: carcinoamele bazocelulare şi carcinoamele spinocelulare, care se dezvoltă pornind de la celulele din epidermă, adică din porţiunea superficială a pielii şi melanoamele, care apar prin transformarea malignă a melanocitelor, celule care produc pigmentul pielii, melanina.

Melanoamele sînt descrise separat sub acest nume în lucrarea de faţă. În acest punct ne vom limita la cele două tipuri de carcinoame:

- **Carcinoamele bazocelulare,** situate pe zonele descoperite ale pielii, a căror malignitate este pur locală.
- **Carcinoamele spinocelulare,** care apar pe leziuni precanceroase, a căror malignitate este importantă (cu apariţia de metastaze).

Principalii factori de risc sînt: expunerea la soare şi pielea albă de tip nordic.

◆ **Frecvenţă**

Carcinoamele bazocelulare au o frecvenţă de 500 cazuri/100 000 locuitori/an, în creştere constantă în ţările occidentale, cu un vîrf de frecvenţă la vîrsta de 70 ani şi o uşoară predominanţă masculină. Carcinoamele spinocelulare au o frecvenţă de 100 cazuri/100 000 locuitori/an, cu un vîrf de frecvenţă după 60 ani şi o netă predominanţă masculină.

◆ **Semne şi simptome**

Carcinomul bazocelular se prezintă ca o înşiruire de perle (mici supradenivelări translucide cu diametrul de 1–5 mm) ce formează o coroană în jurul unei mici ulceraţii (rană care nu se vindecă). Este localizat pe faţă sau gît în 90% din cazuri.

Carcinomul spinocelular se dezvoltă pe o leziune precanceroasă (leziuni asemănătoare unor pistrui, legate de expunerea la soare sau de bătrîneţe), cu apariţia unei cruste slab delimitate pe un fond roşu, evoluînd spre o tumoră mixtă cu zone adîncite (ulceraţii) şi zone de excrescenţă.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea unui fragment de piele pentru examinare la microscop (biopsia) trebuie efectuată la cel mai mic dubiu în faţa unei leziuni suspecte a pielii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia carcinomului bazocelular este foarte lentă, fără metastaze, dar acesta se poate extinde pînă în ţesuturile subiacente. Sub tratament, evoluţia este favorabilă.

Carcinomul spinocelular poate prezenta o evoluţie locală şi metastaze la distanţă (în acest caz, prognosticul este foarte rezervat).

◆ **Tratament**

Constă în ablaţia chirurgicală cu o eventuală intervenţie reparatorie plastică. Radioterapia este utilizată pentru tumorile dificil de operat. În caz de carcinom spinocelular cu risc important de metastazare, se asociază ablaţia ganglionilor de vecinătate, radioterapia şi chimioterapia.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia implică limitarea expunerii la soare şi utilizarea cremelor cu ecran solar la subiecţii cu piele albă de tip nordic, precum şi tratarea leziunilor precanceroase. Supravegherea eventualelor recidive este indispensabilă, întrucît riscul datorat expunerii la soare reprezintă un factor cumulativ.

CANCERUL DE PROSTATĂ [A 15-15]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a prostatei.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă cel mai frecvent cancer la bărbaţi (înaintea cancerului pulmonar). Vîrsta medie de apariţie este de 73 ani şi afectează un bărbat din doi după vîrsta de 80 ani (cifră extrasă din examinările efectuate cu ocazia autopsiei, întrucît cancerul are adesea o evoluţie foarte lentă şi nu determină nici un semn în timpul vieţii).

◆ **Semne şi simptome**

Examenul sistematic evidenţiază un nodul dur la tuşeul rectal. Simptomele sînt în principal urinare, cu necesitatea de a urina frecvent (polakiurie), dificultatea de a urina (disurie), prezenţa de sînge în urină (hematurie) şi dureri la evacuarea urinei. Simptomele generale sînt în raport cu metastazele (dureri osoase, alterarea stării generale, anemie).

◆ **Investigaţii**

Explorarea care permite vizualizarea glandei şi prelevarea unui fragment de ţesut pentru examinarea la microscop este ecografia transrectală, adică prin introducerea sondei în rect pentru a fi în contact cu prostata. Creşterea concentraţiei unei substanţe în sînge, PSA, reprezintă de asemenea un argument în favoarea diagnosticului de cancer.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este cel mai adesea lentă şi apariţia cancerului, atunci cînd este depistat şi tratat precoce, nu modifică speranţa de viaţă. Prognosticul poate fi mai sever atunci cînd cancerul s-a extins deja la alte organe sau cînd survine la o persoană tînără.

◆ **Tratament**

Tratamentul chirurgical se poate face pe cale naturală (rezecţie endoscopică) sau pe cale clasică. Radioterapia poate fi aplicată pe glandă, pe ganglionii abdominali invadaţi de celulele canceroase, precum şi pe metastazele osoase. Tratamentul hormonal are ca scop suprimarea secreţiei de androgeni (hormoni masculini), care favorizează dezvoltarea cancerului.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia constă în examinarea periodică a prostatei la toţi bărbaţii de peste 50 ani.

CANCERUL DE RECT [A 12-12(1)]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a rectului, care se dezvoltă în general din glandele situate în peretele acestuia. Principalii factori de risc sînt reprezentaţi de existenţa anumitor afecţiuni digestive (polipi colonici, rectocolită ulcero-hemoragică), precum şi antecedentele familiale de cancer de acelaşi tip. Grăsimile animale au un rol favorizant, în timp ce fibrele vegetale au, dimpotrivă, un rol protector.

◆ **Frecvenţă**

Aceste cancere sînt greu de separat de cancerele colonice: 30% din cancerele colorectale sînt localizate la nivelul rectului, ceea ce corespunde la circa 10 000 cazuri noi pe an. Maximum de frecvenţă se situează între 50 şi 70 ani, cu o uşoară predominanţă masculină.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele simptome sînt sîngerările

prin anus, reduse cantitativ, asociate cu repetate senzaţii false de nevoie de a avea scaun (tenesme rectale), cu eliminarea unei substanţe vîscoase compusă din mucus (gleră).

Investigaţii

Tuşeul rectal este examenul esenţial, întrucît permite palparea tumorii în majoritatea cazurilor. Rectoscopia (introducerea în anus a unui tub dotat cu un sistem optic pentru vizualizarea pereţilor rectali) vizualizează tumora şi permite efectuarea de prelevări de ţesut pentru examenul microscopic (biopsiile). Bilanţul este completat de diferite explorări al căror scop este de a aprecia extensia tumorii în abdomen: ecografia transrectală (sonda ecografului este introdusă în anus), tomografia computerizată, examenul IRM, urografia intravenoasă (injectarea pe cale venoasă a unei substanţe opace care permite vizualizarea căilor urinare la razele X) şi limfoscintigrafia pelviană (injectarea unei substanţe radioactive care se fixează în ganglioni, făcîndu-i vizibili pe clişeele efectuate cu ajutorul camerei gamma, care captează radioactivitatea emisă).

Evoluţie şi complicaţii

Principalele complicaţii sînt legate de extensia tumorii, care poate duce la apariţia de comunicări cu vaginul sau vezica urinară (fistule), de ocluzii sau perforaţii cu instalarea peritonitei (infecţie generalizată a abdomenului). Prognosticul este excelent dacă diagnosticul este precoce şi dacă tumora rămîne limitată la peretele rectului. Dimpotrivă, el devine mai sever în caz de metastaze în alte organe.

Tratament

Asociază tratamentul chirurgical şi radioterapia. Chimioterapia este indicată în caz de metastaze la nivelul ficatului.

Prevenţie

Supravegherea este indicată în cazul prezenţei factorilor de risc, cu rezecţia sistematică a oricărei tumori benigne de tipul polipilor. Este indispensabilă prezentarea la medic la cel mai mic semn de prezenţă de sînge în scaun. Dozarea antigenului carcinoembrionar (CEA) în sînge permite supravegherea postoperatorie, întrucît există recidive în 10-15% din cazuri.

CANCERUL DE SÎN

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a sînului. Este un cancer care cel mai adesea este ceea ce se numeşte hormonodependent, adică dezvoltarea sa este direct legată de anomaliile de concentraţie ale hormonilor feminini din organism. Factorii de risc principali sînt familiali (risc crescut în caz de cancer apărut la vîrstă tînără la o rudă) şi hormonali (pubertate precoce, cicluri menstruale fără ovulaţie, lipsa copiilor, prima sarcină tardivă, absenţa alăptării, menopauză tardivă).

◆ **Frecvenţă**

Este cancerul feminin cel mai frecvent (25% din total). O femeie din zece dezvoltă cancer de sîn în cursul vieţii. Vîrsta medie la diagnostic este de 55 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Inspecţia arată o mică depresiune, o tumefacţie, o anomalie de suprafaţă (rid, piele în coajă de portocală), un nodul sau o ulceraţie, o anomalie a mamelonului (retracţie, supradenivelare, eroziune). La palpare se descoperă cel mai frecvent o tumoră unică, unilaterală, nedureroasă şi aderentă. Trebuie căutate scurgerea mamelonară şi prezenţa unor ganglioni măriţi la subraţ (adenopatie axilară).

Investigaţii

Mamografia, ecografia, puncţia cu ac fin (extragerea de celule care vor fi analizate la microscop) permit stabilirea diagnosticului. În caz de dubiu este indicată prelevarea unui eşantion de ţesut (biopsia). Dozarea markerilor tumorali din sînge (CA 15-3 şi ACE) evaluează eficienţa tratamentului şi permit depistarea recăderilor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Cînd diagnosticul este precoce, prognosticul este foarte bun şi se poate vorbi chiar de vindecare. Acesta este mai puţin favorabil atunci cînd diametrul tumorii

depăşeşte 1 cm sau în prezenţa metastazelor.

◆ **Tratament**

În funcţie de mărimea tumorii, afectarea ganglionilor axilari sau prezenţa metastazelor, tratamentul va cuprinde o simplă ablaţie a tumorii sau ablaţia întregului sîn (tumorectomie sau mastectomie), asociată celei a ganglionilor de la subraţ (evidare axilară), radioterapie, chimioterapie şi hormonoterapie.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Depistarea (screening-ul) în masă constă în efectuarea unei mamografii la fiecare doi ani între 50 şi 65 ani. Urmărirea individuală mai precoce, începînd de la 35 ani, este necesară în caz de factori de risc (autopalparea sînilor, mamografie mai precoce). Supravegherea recidivelor este indispensabilă.

CANCERUL TESTICULAR

[A 15-10]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a testiculului. Tipul de tumoră este important, pentru că de el depinde prognosticul: aproape jumătate sînt seminoame; cealaltă jumătate este compusă din carcinoame embrionare, teratoame, tumori germinative mixte sau coriocarcinoame.

◆ **Frecvenţă**

Este cel mai frecvent cancer la bărbaţii între 20 şi 35 ani. Riscul creşte de 35 ori în caz de poziţie anormală a testiculului rămas în interiorul abdomenului (criptorhidie).

◆ **Semne şi simptome**

Semnul principal este mărirea scrotului cu palparea unei formaţiuni la nivelul testiculului, în timp ce cordonul care urcă spre abdomen este normal (epididim şi canal deferent normale [A 15]).

◆ **Investigaţii**

Cele două explorări care permit stabilirea diagnosticului sînt ecografia testiculară şi dozarea markerilor tumorali din sînge (alfa-fetoproteina, β-HCG, LDH). Alte investigaţii sînt necesare pentru detectarea eventualelor metastaze.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul depinde de prezenţa metastazelor la nivelul ganglionilor limfatici şi al altor organe (plămîni, oase), precum şi de tipul de tumoră: seminomul are cel mai bun prognostic, cu vindecare în aproape 100% din cazuri, în timp ce în celelalte forme procentul este mai redus.

◆ **Tratament**

După ablaţia testiculului (orhiectomie) şi a ganglionilor atinşi de celule canceroase, tratamentul utilizează radioterapia, completată în unele cazuri de chimioterapie.

◆ **Prevenţie**

Prevenţia recăderilor se bazează pe examenul clinic şi urmărirea markerilor tumorali. Prelevarea şi conservarea de spermă sînt indicate la pacienţii tineri pentru a se putea lua eventual în considerare efectuarea ulterioară de inseminări sau fecundări in vitro.

CANCERUL TIROIDIAN

[A 10-3(2)]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a tiroidei, ai cărei principali factori de risc sînt carenţa de iod şi radiaţiile ionizante (spre exemplu accidentul de la Cernobîl). Unele forme, destul de rare (cancerul medular), pot fi ereditare.

◆ **Frecvenţă**

La 2–4% din locuitori există noduli tiroidieni, din care 10% sînt cancere. Femeile sînt de 2–3 ori mai frecvent afectate decît bărbaţii. În prezenţa unui nodul, riscul de cancer este mai important la copil şi la adultul peste 60 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o guşă, recent instalată, de consistenţă dură şi neregulată la palpare. Adesea sînt prezenţi şi ganglioni măriţi la nivelul gîtului.

◆ **Investigaţii**

Cele două explorări care permit stabilirea diagnosticului sînt ecografia şi prelevarea de celule cu ajutorul unui ac pentru examinarea la microscop (puncţia cu examen citologic). Uneori decizia de intervenţie chirurgicală este luată de la început, iar examinarea celulelor se va

face în cursul intervenţiei pentru a şti dacă este vorba de un cancer sau nu şi a decide asupra continuării operaţiei. Anumite dozări sanguine sînt utile pentru cunoaşterea tipului de cancer (calcitonina şi antigenul carcinoembrionar).

Evoluţie şi complicaţii

Prognosticul este foarte bun în majoritatea formelor fără metastaze. Anumite forme, din fericire rare, precum carcinomul anaplazic, au un prognostic foarte sever. Metastazele ating în special plămînii şi oasele.

Tratament

Tratamentul este întotdeauna chirurgical, asociat după caz cu administrarea de iod 131 (iod radioactiv care se fixează pe tumoră şi distruge celulele canceroase) şi cu radioterapia.

Prevenţie

Prevenţia recăderilor, care pot fi foarte tardive, cuprinde supravegherea regulată şi tratamentul cu hormoni tiroidieni (L-tiroxină) pentru a suplini lipsa de producţie a acestora după tratament. Diagnosticul genetic în formele familiale permite tratarea precoce a subiecţilor cu risc.

CANCERUL DE VEZICULĂ BILIARĂ [A 12-4(1)]

Cancer rar, care se dezvoltă în majoritatea cazurilor pe o veziculă plină de calculi (veziculă litiazică) şi care afectează în special femeia în vîrstă. Principalele semne sînt: durerea şi prezenţa unei mase palpabile în partea dreaptă sub coaste (în hipocondrul drept), asociată cu scăderea în greutate şi cu icter (coloraţia galbenă a pielii). În majoritatea cazurilor, diagnosticul este pus tardiv şi prognosticul este sever. Tratamentul este chirurgical; el constă în îndepărtarea veziculei biliare (colecistectomie) şi a ţesuturilor care o înconjoară.

CANCERUL DE VEZICĂ URINARĂ [A 13-26]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a vezicii urinare. În 8 cazuri din 10 nu afectează decît stratul superficial al peretelui vezicii. În celelalte cazuri ea se infiltrează în profunzime. Factorii cancerigeni dovediţi sînt fumatul şi derivaţii de anilină utilizaţi în industria chimică şi metalurgică.

◆ **Frecvenţă**

Proporţia pe sexe este de 4/1 pentru bărbaţi şi reprezintă, în termeni de frecvenţă, al patrulea cancer la bărbat şi al şaptelea la femeie.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele revelatoare sînt: prezenţa de sînge în urină (hematuria), nevoia frecventă de a urina (polakiuria), imposibilitatea de a se abţine de la urinat (micţiunile imperioase), precum şi senzaţiile de arsură în timpul urinatului (arsurile micţionale). Uneori apar simptome legate de o eventuală invazie a tumorii în bazin (dureri lombare, compresia vaselor sangvine cu apariţia edemului, a unei tromboflebite sau a unei slăbiciuni musculare la nivelul unui membru inferior) sau în raport cu metastazele osoase (dureri).

◆ **Investigaţii**

Introducerea în vezică a unui tub dotat cu un sistem optic (cistoscopia) permite vizualizarea tumorii şi eventual extragerea ei pentru analizarea la microscop şi stabilirea caracterului malign. Tomografia computerizată permite studierea extensiei tumorii dincolo de vezică.

Evoluţie şi complicaţii

Tumorile superficiale au un prognostic bun şi singurul risc este cel de recidivă; dimpotrivă, tumorile infiltrative sînt mai grave. Principala complicaţie este împiedicarea scurgerii normale de urină de la rinichi, ce determină dilatarea cavităţilor renale cu risc de distrugere a rinichilor.

◆ **Tratament**

Ablaţia tumorii prin endoscopie (rezecţia endoscopică) este suficientă pentru o tumoră superficială. În cazul tumorilor infiltrative tratamentul este chirurgical (ablaţia vezicii, numită cistectomie), eventual asociat cu radioterapie şi chimioterapie.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Supravegherea pacientului după operaţie este esenţială, din cauza riscului important de recidivă, în special în cazul tumorilor superficiale. Suportul psihologic asociat cu educarea bolnavului pentru a-i permite să-şi asigure îngrijirile locale şi utilizarea de dispozitive adecvate sînt necesare în cazul realizării unei derivaţii a urinei în afara căilor naturale.

CANCERUL ESOFAGIAN

◆ **Definiţie şi cauze**
Tumoră malignă a esofagului [A 12-1(1)]. Principalii factori de risc sînt alcoolul, tutunul, o anomalie de funcţionare a esofagului (megaesofagul), un cancer în sfera ORL, sau antecedente de arsuri esofagiene prin ingestia de substanţe caustice.
◆ **Frecvenţă**
În majoritatea covîrşitoare a cazurilor este vorba despre bărbaţi (13 bărbaţi la o femeie). Vîrsta medie de descoperire este de 60 ani.
◆ **Semne şi simptome**
Principalul simptom este dificultatea de a înghiţi (disfagia), cu agravare progresivă, însoţită de scăderea în greutate.
◆ **Investigaţii**
Introducerea prin cavitatea bucală pînă în stomac a unui tub subţire prevăzut cu un sistem optic (endoscopia) permite vizualizarea tumorii şi prelevarea unor fragmente de ţesut pentru examinarea la microscop (biopsia). Tomografia computerizată evaluează extensia tumorii şi posibilităţile de tratament chirurgical.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Principala complicaţie locală este formare a unei comunicări între esofag şi trahee (fistulă esotraheală), aflată la originea infecţiilor pulmonare. Prognosticul este rezervat.
◆ **Tratament**
Numai tratamentul chirurgical, eventual completat de chimioterapie şi radioterapie, poate duce la vindecare. Măsurile paliative vizează asigurarea permeabilităţii esofagului pentru a permite continuarea alimentării: dilataţii, laser şi montarea unor proteze.
◆ **Prevenţie şi educaţie**
Măsurile esenţiale de prevenţie sînt combaterea fumatului şi a alcoolismului, completate de examinarea endoscopică sistematică la pacienţii cu risc.

CANCERUL GASTRIC

◆ **Definiţie şi cauze**
Tumoră malignă care se dezvoltă cel mai adesea pornind de la glandele din peretele stomacului [A 12-16(1)]. Factorii favorizanţi sînt infecţia cu o bacterie, *Helicobacter pylori*, care este una din principalele cauze de ulcer gastric, precum şi alcoolul, fumatul şi diverse afecţiuni gastrice. Fructele şi legumele au un rol protector.
◆ **Frecvenţă**
Cancer frecvent, dar cu o frecvenţă de două ori mai mică în ultimii 40 ani. Apariţia sa este rară înaintea vîrstei de 50 ani; este mai frecvent la bărbaţi.
◆ **Semne şi simptome**
De cele mai multe ori nu există nici un simptom la început, iar descoperirea sa este tardivă. Principalele semne sînt alterarea stării generale, durerile la nivelul stomacului, digestia dificilă cu pierderea apetitului şi durerile la înghiţire (disfagia). Pot apărea şi hemoragii digestive. Uneori descoperirea nu se face decît în stadiul de metastaze hepatice, cu ascită („lichid în abdomen“).
◆ **Investigaţii**
Endoscopia gastrică (introducerea unui tub prevăzut cu fibră optică pînă în stomac) permite prelevările de ţesut pentru examinarea la microscop (biopsii) şi stabilirea diagnosticului.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Atunci cînd tumora rămîne superficială, prognosticul este excelent. Dimpotrivă, acesta este mult mai rezervat în caz de afectare a ganglionilor sau a altui organ abdominal.
◆ **Tratament**
Este chirurgical, cu ablaţia parţială sau

totală a stomacului, ca şi a ganglionilor din vecinătate. Chimioterapia şi radioterapia sînt indicate în anumite forme rare sau în caz de metastaze.

Prevenţie

Cîteva strategii de prevenţie sînt în testare pentru acest tip de cancer: căutarea sistematică şi eradicarea bacteriei prezente în ulcer, administrarea de vitamina C sau de caroten. După intervenţia chirurgicală este necesară supravegherea prin dozarea în sînge a antigenului carcinoembrionar (ACE) care permite suspectarea precoce a unei eventuale recidive.

CANCERUL HEPATIC
[illegible] - 3(1)]

Se disting:

1. Cancerele care îşi au originea în ficat, numite cancere primitive; este vorba despre hepatocarcinom, care afectează ficatul însuşi şi despre colangiocarcinom, care afectează canalele biliare din interiorul ficatului.
2. Cancerele secundare, mult mai frecvente, care reprezintă metastaze ale altor cancere.

CANCERUL HEPATIC SECUNDAR

Definiţie şi cauze

Afectare malignă a ficatului printr-o metastază a unui alt cancer situat cel mai frecvent la nivelul plămînului, sînului, colonului, pancreasului sau stomacului (dar orice localizare este posibilă). În 5–10% din cazuri, tumora primitivă este greu de găsit.

Frecvenţă

Frecvenţa sa este de circa 20 ori mai mare decît cea a cancerului hepatic primitiv. Metastazele hepatice sînt descoperite la autopsie la 30 pînă la 50% din pacienţii care decedează prin cancer.

Semne şi simptome

Principalele semne sînt scăderea în greutate şi durerile la nivelul ficatului (sub coaste în partea dreaptă) care apare mărit de volum, dur şi cu suprafaţa neregulată (boselat). Poate apărea, de asemenea, o coloraţie galbenă a pielii (icter).

◆ **Investigaţii**

Ecografia şi tomografia computerizată, completate eventual de prelevarea unui fragment de ficat, cu ajutorul unui ac introdus prin peretele abdominal, pentru examinarea la microscop (biopsie), permit stabilirea diagnosticului. Analizele sanguine arată o alterare a funcţiei hepatice: creşterea fosfatazei alcaline şi a gamma-glutamil transpeptidazei (gamma-GT).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este în general rezervat.

◆ **Tratament**

Intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea unei metastaze voluminoase unice este posibilă. Chimioterapia şi injectarea printr-un cateter a unei substanţe care obstruează artera ce irigă tumora (embolizarea arterială) permit ameliorarea suferinţei unora din pacienţi.

CANCERUL OROFARINGELUI
[A 11-8(2)]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă care se dezvoltă în general la nivelul amigdalelor sau al vălului palatin şi, mai rar, la nivelul bazei limbii. Asocierea între consumul de alcool şi fumat reprezintă principalul factor de risc.

Frecvenţă

În aproape 90% din cazuri este vorba despre bărbaţi (între 50 şi 60 ani). Reprezintă 30% din cancerele ORL.

Semne şi simptome

Cancerul de amigdală şi de văl palatin se trădează prin dificultatea de a înghiţi şi apariţia de dureri la nivelul uneia dintre urechi. În cancerele de bază de limbă apar dureri, limitarea mişcării de scoatere a limbii şi sîngerări. În ambele cazuri se palpează ganglioni măriţi la nivelul gîtului.

◆ **Investigaţii**

Este necesar un examen ORL complet, cu vizualizarea în totalitate a fundului

de gît, traheei şi esofagului prin intermediul fibroscopiei (explorarea cu ajutorul unui tub subţire dotat cu un sistem optic, introdus prin cavitatea bucală). Tomografia computerizată (şi examenul IRM) precizează extensia tumorii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul necesită o intervenţie chirurgicală complexă la nivelul feţei, care lasă sechele.

◆ **Tratament**

Asociază chirurgia, radioterapia şi chimioterapia.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia este cea a factorilor de risc. Este necesară supravegherea regulată pentru decelarea unei recidive sau a apariţiei de metastaze.

CANCERUL OVARIAN

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a ovarului [A 14-5]. În 5% din cazuri există o predispoziţie ereditară.

◆ **Frecvenţă**

În ultimii ani, frecvenţa sa a crescut ajungînd a treia cauză de mortalitate prin cancer la femei, după cancerul de sîn şi cel de colon. Vîrsta de apariţie este cuprinsă în general între 50 şi 70 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Descoperirea este adesea tardivă, întrucît semnele sînt puţin specifice: dureri în porţiunea inferioară a abdomenului, creşterea în volum a abdomenului, hemoragii genitale. În stadiul de complicaţii, manifestările pot fi: scăderea marcată a tensiunii arteriale, cu un abdomen dureros şi dur în ansamblu (hemoragie în interiorul tumorii sau în abdomen, torsiunea ovarului în jurul trompei); semne de compresiune a vaselor cu tulburări circulatorii la nivelul membrelor inferioare; tulburări urinare prin compresiunea ureterelor (conducte care merg de la rinichi la vezica urinară) sau peritonită (infecţie generalizată a abdomenului).

◆ **Investigaţii**

Două explorări permit stabilirea diagnosticului: ecografia abdominală, care permite vizualizarea tumorii, şi dozarea unui marker tumoral din sînge, CA 125.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este rezervat.

◆ **Tratament**

Utilizează chirurgia şi chimioterapia, eventual completate de administrarea de hormoni (hormonoterapie) şi injectarea în abdomen a unor substanţe care întăresc sistemele de apărare ale organismului (imunoterapia intraperitoneală).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

În formele familiale se propun consilierea genetică, supravegherea şi ablaţia ovarelor la femeile de peste 35 ani care nu mai doresc copii. Supravegherea recidivelor se face prin dozarea markerului tumoral CA 125.

CANCERUL PULMONAR

◆ **Definiţie şi cauze**

De fapt, este vorba despre cancere bronhopulmonare, cu dezvoltarea de celule canceroase la nivelul bronhiilor şi invazia eventuală a plămînului. Aceste cancere sînt clasificate în funcţie de tipul de celule canceroase care le compun în: cancere cu celule mici (cele mai grave, dar cele mai puţin frecvente) şi celelalte forme. Fumatul este responsabil de 90% din cazuri. Toxicele profesionale (azbest etc.) sînt de asemenea implicate.

Frecvenţă

Reprezintă prima cauză de mortalitate prin cancer. Afectează 9 bărbaţi la o femeie, cu o vîrstă medie de apariţie la 60 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Cancerul poate rămîne mult timp neobservat (asimptomatic), fiind descoperit cu ocazia unei radiografii de rutină. Principalele semne sînt tusea, expectoraţia uneori cu sînge (hemoptizia) şi dificultatea în respiraţie (dispneea). Creşterea tumorii se manifestă prin semne de compresiune, în special asupra venei cave superioare [A 6-33], care aduce la inimă tot sîngele din porţiunea superioară a corpului (sindromul de venă cavă superioară), revărsat lichidian pleural sau prezenţa unui ganglion mărit (adenopatie)

deasupra claviculei. Uneori descoperirea nu se face decît în stadiul de metastaze (în ficat, os, creier).

◆ **Investigaţii**

Radiografia pulmonară evidenţiază o „pată" la nivelul plămînului. Fibroscopia bronşică (introducerea prin cavitatea bucală pînă în bronhii a unui tub dotat cu un sistem optic) poate permite vizualizarea tumorii, prelevarea de ţesut (biopsia) sau recoltarea de celule pentru examinarea la microscop.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În formele cu celule mici evoluţia este mai severă, pe cînd în celelalte forme evoluţia depinde de posibilitatea de îndepărtare chirurgicală.

◆ **Tratament**

Combină, în funcţie de formă, intervenţia chirurgicală (atunci cînd este posibilă), radioterapia şi chimioterapia.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia constă în mod esenţial în reducerea factorilor de risc, în primul rînd a fumatului. Educaţia sanitară joacă aici un rol major.

CANCERUL RENAL

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a rinichiului, numită şi hipernefrom sau tumoră Grawitz. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă 3% din cancerele adultului. Este de două ori mai frecvent la bărbaţi decît la femei şi survine în general între 50 şi 70 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele revelatoare sînt prezenţa de sînge în urină (hematuria) şi durerea la nivelul lombelor. Se produc, de asemenea, alterarea stării generale şi febră. Dar în 40% din cazuri descoperirea este întîmplătoare, cu ocazia unei ecografii abdominale efectuate pentru alt motiv.

◆ **Investigaţii**

Investigaţiile utilizate sînt ecografia, tomografia computerizată, examenul IRM şi urografia intravenoasă (injectarea intravenoasă a unei substanţe care face urina opacă la razele X, ceea ce permite vizualizarea pe radiografii a cavităţilor rinichiului, a căilor urinare în totalitate şi a vezicii urinare).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este bun dacă tumora nu depăşeşte rinichiul şi este mai sever în celelalte cazuri, în special în cazul prezenţei de metastaze în alte organe.

◆ **Tratament**

Intervenţia chirurgicală constă în îndepărtarea rinichiului, a grăsimii şi a ganglionilor care îl înconjoară (nefrectomie extinsă). În caz de metastaze se utilizează chimioterapia.

◆ **Prevenţie**

Supravegherea trebuie efectuată timp de cel puţin zece ani, întrucît recidivele tardive sînt posibile.

CANCERUL SINUSURILOR ŞI AL ETMOIDULUI [A 11(2)]

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă care se dezvoltă la nivelul sinusului maxilar şi al etmoidului (os situat deasupra nasului, în apropierea creierului, prin care trec micii nervi care participă la perceperea mirosului).

◆ **Frecvenţă**

Bărbaţii sînt de două ori mai frecvent afectaţi decît femeile. Cancerul de etmoid este recunoscut ca boală profesională pentru lucrătorii forestieri.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele cele mai frecvente sînt durerile feţei, scurgerile nazale de puroi sau de sînge recidivante, obstrucţia nazală progresivă şi deformarea feţei.

◆ **Investigaţii**

Examenele radiologice ale sinusurilor (radiografia simplă şi tomografia computerizată) şi prelevarea de ţesut pentru examinarea la microscop (biopsia) cu acul introdus prin nas permit stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Extensia locală este adesea importantă, obligînd la intervenţii chirurgicale complexe. Prognosticul este sever.

◆ **Tratament**

Intervenţia chirurgicală constă în îndepărtarea într-un prim timp a tumorii şi a unei importante părţi din ţesuturile care o înconjoară, pentru a evita lăsarea pe loc

a unor celule canceroase. Într-un al doilea timp, chirurgia plastică va permite ameliorarea aspectului estetic. Chirurgia va fi completată de radioterapie şi este uneori precedată de chimioterapie.

◆ **Prevenţie**

Purtarea de măşti filtrante de către lucrătorii forestieri constituie principala măsură de prevenţie.

CANDIDOZA BUCALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie a cavităţii bucale cu o ciupercă din familia *Candida*, cel mai adesea *Candida albicans*, care se găseşte în mod normal în gură. Este favorizată de o slăbire a mecanismelor de apărare ale organismului (imunodepresie legată de o infecţie cu virusul HIV, diabet, tratament cu corticoizi, chimioterapie pentru un cancer), de un dezechilibru la nivelul florei microbiene prezente în mod normal în cavitatea bucală (tratament antibiotic, uscăciune a gurii etc.) şi de vîrsta foarte mică.

◆ **Frecvenţă**

Foarte frecventă, în special la sugari.

◆ **Semne şi simptome**

Forma tipică este mărgăritărelul, cu prezenţa de depozite albe, cremoase, aderente, localizate pe faţa internă a obrajilor, pe limbă şi în gît. Există şi o formă roşie (eritematoasă), cu limbă roşie, uscată şi dureroasă (glosită).

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se pune prin simpla examinare a cavităţii bucale, dar poate fi confirmat prin identificarea ciupercii pe o probă prelevată de la nivelul depozitelor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este în general favorabilă sub tratament. Recidivele, formele cronice şi formele generalizate cu afectarea organelor interne sînt posibile, mai ales la persoanele la care mecanismele de apărare ale organismului sînt slăbite.

◆ **Tratament**

Tratamentul utilizează antifungice (medicamente împotriva ciupercilor), iniţial sub formă de soluţii pentru clătirea gurii, sau sub formă de comprimate în caz de eşec.

CANDIDOZA GENITALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie genitală produsă de o ciupercă din familia *Candida*, cel mai frecvent *Candida albicans*. Este rareori transmisă pe cale sexuală; extinderea ei se face mai degrabă de la nivelul pielii normale sau al tubului digestiv (din cauza proximităţii anusului), unde aceste ciuperci se găsesc în mod normal. Factorii favorizanţi sînt tratamentul cu antibiotice, pilulele contraceptive, sarcina, menstruaţia, diabetul, lenjeria de corp strîmtă şi tratamentul cu corticoizi.

◆ **Frecvenţă**

75% din femei prezintă unul sau mai multe episoade de candidoză localizată la nivelul vulvei sau al vaginului, iar 25% suferă de o formă recidivantă.

◆ **Semne şi simptome**

- **La femeie** apare un tablou de vaginită: vulvă roşie, cu apariţia de mîncărimi (prurit), de mici leziuni ale mucoasei (escoriaţii, fisuri), asociate unor scurgeri vaginale, cu pereţii vaginului acoperiţi de un lichid alb, semănînd cu brînza proaspătă.
- **La bărbat,** infecţia poate să nu producă nici un semn (asimptomatică) sau se poate prezenta sub forma unei iritaţii şi a unor dureri la nivelul glandului cu apariţia unor vezicule, a unor eroziuni şi uneori a unor secreţii albe aderente.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea unui eşantion de secreţie cu examinarea directă la microscop sau realizarea de culturi permite detectarea ciupercii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Sînt necesare identificare şi tratarea factorilor favorizanţi pentru prevenirea recidivelor.

◆ **Tratament**

Medicamentele împotriva ciupercilor (antifungicele) sînt utilizate în aplicare locală sub formă de geluri, creme sau ovule: miconazol (Medacter®, Miconal®, Micotop®), butoconazol (Gynomyk®) etc.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Trebuie evitată purtarea unei lenjerii de

corp prea strîmte şi este indicată utilizarea unui săpun alcalin pentru toaleta intimă.

…PSULITA RETRACTILĂ …MĂRULUI SAU (VEZI) …ĂRUL BLOCAT SAU …HEȚAT

…RBUNELE …ANTRAXUL

Definiţie şi cauze

Infecţie acută produsă de o bacterie numită *Bacillus anthracis*, care este frecventă la ierbivore şi se transmite la om prin piele, prin ingestia de carne contaminată sau prin inhalare (boala sortatorilor de lînă). Ea produce septicemie (infecţie generalizată) însoţită de hemoragii la animalele nevaccinate. Este vorba de o bacterie foarte rezistentă, care poate persista zeci de ani în sol sau în produsele de origine animală. Intervalul de timp dintre momentul contaminării şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) variază între 2 şi 8 zile.

Frecvenţă

Rară în ţările dezvoltate, unde controlul sanitar este riguros. Redutabil este în special riscul de atentate biologice cu acest bacil.

Semne şi simptome

- **Forma cutanată** se manifestă prin apariţia unei pustule pe o zonă de piele descoperită, care se transformă într-o bulă şi apoi într-o plagă (escară) nedureroasă, neagră şi uscată.
- **Forma pulmonară** debutează ca o gripă care se agravează, însoţită de o dificultate progresivă în respiraţie, scăderea tensiunii şi comă.
- **Forma digestivă** se traduce prin hemoragii.

Investigaţii

Bacilul poate fi identificat în lichidul din pustule, în sînge sau în spută.

Evoluţie şi complicaţii

Tratamentul antibiotic iniţiat încă din momentul contaminării şi înainte de apariţia primelor semne de infecţie (faza de incubaţie) este eficient. În cazul în care boala s-a declanşat, evoluţia formei cutanate este în general bună sub tratament; dimpotrivă, în celelalte forme, în special în cea pulmonară, prognosticul este foarte sumbru.

◆ **Tratament**

Antibioticele active sînt cele din clasa quinolonelor (de ex. ciprofloxacina), a ciclinelor (doxiciclina) sau a penicilinelor (amoxicilina).

◆ **Prevenţie**

Cărbunele este încadrat în categoria bolilor profesionale. Prevenţia constă în vaccinarea animalelor şi aplicarea unor reglementări stricte în cazul apariţiei unui caz animal. În cazul unei suspiciuni de contaminare, în special pulmonară, este indicată începerea imediată a tratamentului preventiv cu ciprofloxacină.

CARCINOMUL HEPATOCELULAR

◆ **Definiţie şi cauze**

Cancer al ficatului, care se dezvoltă pornind de la celulele de bază numite hepatocite. În 9 cazuri din 10, acesta se produce pe o ciroză hepatică (alcoolică sau secundară unei hepatite virale). O altă cauză relativ frecventă este boala numită hemocromatoză, caracterizată printr-o supraîncărcare în fier a organismului, care afectează cel mai mult ficatul.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă un cancer rar al ficatului (aproape de 20 ori mai puţin frecvent decît metastazele hepatice ale altor cancere). Apare mai ales la bărbaţi între 40 şi 50 ani.

Semne şi simptome

Cînd tumora este de mici dimensiuni, simptomele lipsesc. Semnele cele mai frecvente sînt durerile la nivelul ficatului (sub coaste în partea dreaptă), scăderea în greutate şi uneori agravarea unei ciroze cunoscute, cu icter (coloraţie galbenă a pielii) şi acumularea de lichid în abdomen (ascită).

◆ **Investigaţii**

Ecografia şi tomografia computerizată, completate de biopsie (prelevarea unui

mic fragment de ficat pentru examinarea la microscop) asigură stabilirea diagnosticului. Creşterea concentraţiei sangvine a unei anumite substanţe, alfa-fetoproteina, este un semn în favoarea acestui tip de cancer.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă. Descoperirea într-un stadiu precoce, cu o tumoră unică de mici dimensiuni, ceea ce din nefericire se întîmplă rar, permite uneori luarea în calcul a unui transplant hepatic, care dă rezultate foarte bune.

◆ **Tratament**

Intervenţia chirurgicală permite uneori îndepărtarea tumorii. Aceasta poate fi, de asemenea, distrusă prin injectarea de alcool sa a unui citostatic. În anumite cazuri poate fi indicat un transplant hepatic, dar posibilitatea acestuia este limitată de numărul mic de donatori.

◆ **Prevenţie**

Prevenţia carcinomului hepatocelular este cea a cirozei: limitarea consumului de alcool, vaccinarea contra hepatitei B, controlul produselor de sînge etc.

CARDIOMIOPATIA DILATATIVĂ SAU CARDIOMIOPATIA NEOBSTRUCTIVĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune a muşchiului cardiac, caracterizată prin dilatarea ventriculelor şi a atriilor [A 7], precum şi a orificiilor valvelor mitrală şi tricuspidă. Cauza este o alterare a celulelor musculare, care poate avea mai multe cauze asociate: genetică (context familial în 25% din cazuri), inflamatorie (virală sau autoimună, cu producerea de anticorpi împotriva propriilor celule), toxice (alcool, chimioterapie), sau carenţială (deficit de vitamina B_1, seleniu).

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune frecvent întâlnită.

◆ **Semne şi simptome**

Principalul simptom este insuficienţa cardiacă, manifestată prin respiraţie dificilă la efort, palpitaţii şi edeme ale gambelor. Bătăile inimii sînt uneori neregulate (aritmie prin fibrilaţie atrială).

◆ **Investigaţii**

Ecografia şi scintigrafia miocardită de perfuzie (injectarea unei substanţe radioactive care se fixează mai mult sau mai puţin în miocite, în funcţie de starea acestora) permit evaluarea dilataţiei şi a consecinţelor acesteia asupra capacităţii inimii de a-şi îndeplini rolul de pompă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Există o perioadă lungă de evoluţie a bolii fără ca simptomele să se manifeste. Este o boală gravă, dar a cărei evoluţie este variabilă, înregistrînd uneori o ameliorare spontană fără explicaţie.

◆ **Tratament**

Este cel al insuficienţei cardiace: regim fără sare, care uşurează sau ameliorează activitatea cardiacă: diuretice, inhibitori ai enzimei de conversie, digitalice (în caz de tulburări de ritm cardiac).

◆ **Prevenţie**

Este necesară depistarea precoce şi supravegherea formelor familiale.

CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICĂ SAU CARDIOMIOPATIA OBSTRUCTIVĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune cardiacă în care se produce o creştere în volum a muşchiului cardiac, însoţită de dezorganizarea structurii acestuia. Este o boală genetică al cărei mod de transmitere este variabil.

◆ **Frecvenţă**

Frecvenţă redusă.

◆ **Semne şi simptome**

Sînt puţin caracteristice, cu respiraţie dificilă, dureri în piept, sincope (stări de rău însoţite de pierderea bruscă a conştienţei) sau semne de insuficienţă cardiacă.

◆ **Investigaţii**

Cuprind explorarea cardiacă prin ecografie, scintigrafie şi tomografie cu emisie de pozitroni (PET). Ultimele două investigaţii utilizează injectarea

unei substanţe radioactive care se fixează mai mult sau mai puţin în celulele musculare cardiace, în funcţie de starea acestora.

Evoluţie şi complicaţii

Reprezintă o afecţiune gravă care este adesea subestimată de către persoanele afectate. Ea expune riscului de moarte subită prin tulburări de ritm cardiac (…ilaţie ventriculară).

Tratament

Medicamentele utilizate pentru a reduce sarcina inimii şi a preveni apariţia unor tulburări de ritm potenţial mortale sînt betablocantele şi inhibitorii canalelor de calciu. În unele cazuri grave poate fi indicată o intervenţie chirurgicală pentru remodelarea inimii sau pentru implantarea unui stimulator cardiac.

Prevenţie

Consilierea genetică este utilă în familiile afectate. Este necesar tratamentul activ al tulburărilor de ritm, deoarece acestea cresc riscul de moarte subită.

…RDIOMIOPATIA …OBSTRUCTIVĂ SAU (VEZI) …RDIOMIOPATIA DILATATIVĂ

…RDIOMIOPATIA …STRUCTIVĂ … (VEZI) CARDIOMIOPATIA …ERTROFICĂ

…RDIOPATIILE …NGENITALE

Malformaţii cardiace care afectează 7 copii din 1 000 (riscul este foarte crescut dacă unul dintre părinţi este el însuşi afectat). Se împart în trei grupe:

- Cardiopatii necianogene (care nu dau o coloraţie albastră a pielii prin lipsa de oxigen din sînge): defectul septal ventricular, defectul septal atrial, canalul atrioventricular, persistenţa canalului arterial.
- Cardiopatii obstructive: stenoza valvulară pulmonară, stenoza aortică, coarctaţia de aortă.
- Cardiopatii cianogene (care dau o coloraţie albastră a pielii prin lipsa de oxigen în sînge): tetralogia Fallot, atrezia valvei pulmonare, atrezia tricuspidiană, boala Ebstein, transpoziţia marilor vase. Diagnosticul ecografic înainte de naştere este posibil pentru unele dintre acestea, cu importante consecinţe practice şi etice.

CARIA DENTARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Distrugerea progresivă de către bacterii a structurilor dentare, care sfîrşeşte prin afectarea pulpei dentare [A 3]. Principalul factor favorizant este consumul de dulciuri, în special între mese.

◆ **Frecvenţă**

Este foarte frecventă şi constituie o veritabilă problemă de sănătate publică la copiii mici.

◆ **Semne şi simptome**

Caria trece adesea neobservată pînă într-un stadiu avansat. Simptomele cele mai precoce sînt sensibilitatea la cald şi la rece, precum şi senzaţia de jenă sau durere la ingestia de alimente care conţin zahăr. Se poate observa o zonă de culoare închisă sau o cavitate în cazul în care caria este mai avansată.

◆ **Investigaţii**

Deteriorarea smalţului sau a dentinei poate fi pusă în evidenţă cu ajutorul unui instrument ascuţit. Pe radiografie caria apare ca o zonă transparentă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În absenţa tratamentului, evoluţia este către distrugerea dintelui. Principala complicaţie este infecţia.

Tratament

Este realizat de stomatolog. Cuprinde eliminarea ţesuturilor afectate şi reconstrucţia dintelui cu materiale de restaurare.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia presupune în principal administrarea de fluor (comprimate, fluorurarea apei potabile, pastă de dinţi cu fluor), o alimentaţie echilibrată (controlarea consumului de dulciuri, buna repartiţie a meselor etc.) şi măsuri de educaţie privind igiena cavităţii bucale.

CAŞEXIA

Stare de malnutriţie a sugarului care constituie rezultatul unui deficit de aport caloric global prelungit, cel mai frecvent din cauza alăptării insuficiente sau a utilizării de lapte diluat. Slăbirea este progresivă, cu un deficit ponderal sever, dispariţia grăsimii prezente în mod normal sub piele (cea care dă aspectul „durduliu“ clasic al sugarului) şi „topirea“ muşchilor. Copiii au un aspect de „bătrîni“ cu pielea zbîrcită. Reluarea alimentaţiei normale trebuie făcută progresiv şi cu mare prudenţă, corectînd totodată eventualele carenţe asociate (vitamine, fier etc.).

CATARACTA

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune a cristalinului [A 16-6(1)]. Acesta reprezintă porţiunea din ochi care are rol de lentilă (permiţînd ca razele de lumină să conveargă spre retină, unde se formează imaginea). Cristalinul devine opac, ceea ce duce la scăderea acuităţii vizuale. Această anomalie poate fi prezentă de la naştere (cataractă congenitală), izolată sau asociată cu alte malformaţii, cel mai adesea ca o consecinţă a unei infecţii a mamei în timpul sarcinii (rubeolă, toxoplasmoză etc.). Cataracta dobîndită este legată de îmbătrînire, diabet, traumatisme sau agenţi fizici (electrocutare, infraroşii, raze X), de un tratament prelungit cu derivaţi de cortizon sau poate fi asociată altei afecţiuni a ochiului (glaucom, iridociclită).

Frecvenţă

Peste 95% din persoanele peste 65 ani prezintă, într-un grad variabil, o opacifiere a cristalinului. Se estimază o creştere constantă a frecvenţei acestei boli, din cauza îmbătrînirii populaţiei.

◆ **Semne şi simptome**

Se produce o scădere a acuităţii vizuale (subiectul prezbit care avea nevoie de ochelari pentru vederea de aproape, vede mai bine fără ei), uneori cu jenă la lumină puternică (fotofobie), vedere dublă (diplopie) şi modificarea percepţiei unor culori. Cristalinul este vizibil prin transparenţă în centrul ochiului, cu reflexe variabile (opalescent) sau maronii.

◆ **Investigaţii**

Oftalmologul utilizează o lampă specială (lampa cu fantă) pentru vizualizarea cristalinului, după dilatarea pupilei cu ajutorul unui colir. Ecografia permite măsurarea diferitelor dimensiuni ale structurilor care alcătuiesc ochiul, pentru alegerea tipului de implant.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În absenţa tratamentului, individul ajunge progresiv la orbire. O intervenţie chirurgicală simplă, efectuată de obicei sub anestezie locală, dă rezultate excelente, cu recuperarea spectaculoasă a acuităţii vizuale, care transformă viaţa pacienţilor.

◆ **Tratament**

Este chirurgical, cu înlocuirea cristalinului cu o lentilă artificială. Tratamentul medical (colire care dilată pupila) permite ameliorarea tranzitorie a vederii în unele cazuri.

◆ **Prevenţie**

Este necesară prevenţia factorilor de risc (tratament prelungit cu corticoizi, protecţia cristalinului în timpul radioterapiei)

CELULITA

Definiţie şi cauze

Infecţie a grăsimii de la nivelul feţei şi gîtului, pornind în general de la o infecţie dentară netratată. Poate fi limitată în jurul dintelui în cauză (forma circumscrisă) sau se poate extinde pe o zonă mare (forma difuză). Sînt posibile şi forme cronice.

Frecvenţă

Este o afecţiune rară, care apare în special la grupele populaţionale defavorizate.

Semne şi simptome

Forma circumscrisă se limitează la o tumefacţie (umflătură) localizată, acoperită de piele roşie şi caldă, însoţită de dureri continue, lancinante, în special

noaptea, care incomodează la înghițit și la vorbit. Forma difuză este gravă, cu alterarea stării generale și apariția unui edem și cu mici zgomote la palparea pielii (crepitații subcutanate) ce depășesc cu mult zona de tumefacție inițială. Forma cronică urmează unei forme circumscrise tratate inadecvat, cu formarea unui abces care se poate deschide permițînd scurgerea puroiului (fistulizare).

Investigații

Radiografiile evidențiază dintele sau dinții în cauză. Tomografia computerizată permite aprecierea extensiei infecției.

Evoluție și complicații

In lipsa tratamentului, forma circumscrisă se va deschide la nivelul pielii, cu scurgerea de puroi. Forma difuză poate fi mortală prin asfixie (tumefacția țesuturilor de la nivelul gîtului împiedică respirația).

Tratament

In forma circumscrisă se recomandă tratamentul stomatologic și administrarea de antibiotice (amoxicilină cu acid clavulanic [ex. Augmentin®] și metronidazol). Forma difuză necesită adesea spitalizare într-o secție de terapie intensivă și instituirea respirației artificiale, intervenție chirurgicală pentru decomprimarea țesuturilor și uneori plasarea într-o cameră hiperbară (creșterea presiunii oxigenului în mediul ambiant, ceea ce permite o mai bună combatere a infecțiilor în țesuturile care sînt slab oxigenate).

Prevenție

Prevenția se bazează pe tratarea precoce a infecțiilor dentare.

CELULITA ORBITARĂ

Definiție și cauze

Infecție a țesuturilor care înconjoară ochiul în orbită, pornind de la o sinuzită, în special de la cea care afectează cavitățile situate imediat deasupra rădăcinii nasului (etmoidită).

Frecvență

Afectează în special copiii.

Semne și simptome

Apare tumefacția pleoapelor, înroșirea și umflarea conjunctivelor, tendința ochiului de a ieși din orbită (exoftalmie) și, cel mai adesea, febră. Semnele de gravitate sînt imobilitatea (paralizia) globului ocular (oftalmoplegie), dilatația pupilei care nu mai reacționează la lumină (midriază areactivă) și abolirea sensibilității corneei.

◆ Investigații

Radiografia permite punerea în evidență a sinuzitei. Identificarea germenelui în cauză se face pe un eșantion de sînge (hemocultură).

◆ Evoluție și complicații

Principalele complicații sînt afectarea ochiului, ce poate antrena pierderea definitivă a vederii și extensia infecției la nivelul meningelor și al creierului.

◆ Tratament

Spitalizarea este indispensabilă, cu administrarea tratamentului antibiotic intravenos adaptat în funcție de germenele identificat. În prezența semnelor de gravitate se impune intervenția chirurgicală (evacuarea sinusurilor și/sau a puroiului acumulat în orbită).

CERVICITA

Infecție a colului uterin [A 14-8] cel mai adesea asociată unei infecții a vaginului (vaginită). Germenele aflat astăzi cel mai frecvent în cauză este *Chlamydia trachomatis* (vezi infecția genitală cu *Chlamydia trachomatis*). În majoritatea cazurilor infecția trece neobservată, deși uneori pacienta relatează apariția unor scurgeri vaginale fără sînge (leucoree), tulburări urinare, dureri în timpul contactului sexual (dispareunie) și dureri în regiunea inferioară a abdomenului. Principala complicație o reprezintă extensia infecției la nivelul trompelor uterine (salpingita), care reprezintă astăzi o cauză majoră de sterilitate.

CERVICARTROZA SAU (VEZI) ARTROZA CERVICALĂ

CETOACIDOZA DIABETICĂ

◆ Definiție și cauze

Principalul accident acut care permite

descoperirea unui diabet sau care complică un diabet deja cunoscut. Cauza este lipsa de insulină (hormon care permite celulelor să utilizeze glucoza), ceea ce antrenează acumularea glucozei în sînge (hiperglicemie) şi producerea unor deşeuri (corpi cetonici) din cauza utilizării de alimente neadecvate de către celule. Aceste deşeuri cresc aciditatea sîngelui (acidoză). Principalele evenimente care pot sta la originea acestui dezechilibru sînt infecţiile, traumatismele, intervenţiile chirurgicale etc. sau uneori întreruperea injecţiilor cu insulină.

◆ **Frecvenţă**

Complicaţie frecventă altădată, a devenit acum rară prin educarea diabeticilor care învaţă cum să o evite.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o sete importantă cu creşterea volumului de urină ce duce la deshidratare, tulburări de conştienţă evoluînd spre comă, dureri abdominale, respiraţie anormală (alternanţă de inspiraţii profunde cu perioade în care respiraţia este foarte slabă) şi un miros de acetonă al respiraţiei (miros de măr verde).

◆ **Investigaţii**

Testele sanguine arată o creştere a concentraţiei de glucoză (hiperglicemie) şi acidoză sanguină. În urină se pot detecta glucoză şi corpi cetonici (un simplu examen cu o bandeletă poate orienta rapid diagnosticul).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul permite corectarea tulburărilor în 24 de ore.

◆ **Tratament**

Tratamentul constă în perfuzarea unei mari cantităţi de lichide pentru corectarea deshidratării precum şi în administrarea de insulină şi potasiu.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia se bazează pe educarea diabeticului: controlul urinei cu ajutorul bandeletelor (supravegherea apariţiei de corpi cetonici), injectarea regulată de insulină, creşterea dozelor de insulină în caz de infecţie etc.

CHAGAS (BOALA) SAU TRIPANOSOMIAZA AMERICANĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie produsă de un parazit numit *Trypanosoma cruzi*. Transmiterea se face prin intermediul excrementelor depuse pe piele după înţepătură de către o ploşniţă; excrementele pătrund în organism prin leziunile de grataj (leziuni provocate de scărpinare); transmiterea se poate face şi prin transfuzii. Intervalul dintre momentul înţepăturii şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 20 de zile.

◆ **Frecvenţă**

Afectează 15–20 milioane de persoane din mediile sărace din America Latină.

◆ **Semne şi simptome**

Apare tumefacţia pleoapelor şi mărirea ganglionilor din proximitatea zonei înţepăturii, apoi febră pînă la 40°C timp de 15 zile, însoţită de inflamaţia muşchiului inimii (miocardită), mărirea de volum a ficatului şi a splinei (hepatomegalie şi splenomegalie), precum şi a ganglionilor din întregul organism (adenopatii).

◆ **Investigaţii**

Analiza unei probe de sînge permite evidenţierea parazitului prin examenul direct la microscop sau dozarea anticorpilor, care demonstrează prezenţa infecţiei în organism.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În mod obişnuit semnele iniţiale regresează în cîteva săptămîni. Forma cronică, ce apare după cîţiva ani, determinată de localizarea parazitului la nivelul muşchilor, asociază tulburări cardiace, neurologice şi digestive (în acest caz tratamentul are rezultate dezamăgitoare).

◆ **Tratament**

În faza acută, medicamentele eficiente sînt nifurtimoxul (Lampit®) sau benznidazolul (Radanil®). În faza cronică tratamentul vizează doar ameliorarea simptomelor.

◆ **Prevenţie**

Prevenţia este legată de ameliorarea condiţiilor de locuit, cu eliminarea

plo̦sniţelor. Testarea donatorilor de sînge este importantă.

CHARCOT-MARIE-TOOTH (BOALA) SAU ATROFIA PERONIERĂ

Definiţie şi cauze

Boală genetică care afectează sistemul nervos. Transmiterea este dominantă, adică este suficient ca unul din părinţi să fie bolnav şi să transmită gena deficientă, pentru ca şi copilul să fie afectat. Boala este datorată afectării nervilor, care îşi pierd teaca de grăsime (mielină) care îi înconjoară, permiţînd progresia impulsului nervos.

Frecvenţă

Această boală afectează o persoană din 2 500. Debutează în general înaintea vîrstei de 20 ani. Membrii aceleiaşi familii nu sînt afectaţi cu aceeaşi severitate: 30% dintre pacienţi nu se ştiu atinşi şi prezintă semne foarte limitate.

Semne şi simptome

Asocierea unor tulburări de mers la un individ care a avut întotdeauna dificultăţi în a alerga sau a sări, încă din copilărie, a unei scăderi în volum a muşchilor (atrofie musculară), predominant la nivelul gambelor (aspect în jartieră sau în pulpă de cocoş). Poate afecta şi antebraţele (aspect în manşetă), picioarele (picioare scobite) şi degetele (degete în ciocan).

Investigaţii

În caz de dubiu asupra diagnosticului, sînt utilizate cîteva investigaţii pentru a evalua transmiterea impulsurilor la nivelul nervilor (explorări electrofiziologice), precum şi aspectul nervului (biopsia nervoasă, care corespunde prelevării unui mic fragment de nerv pentru examinarea la microscop).

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia este lent progresivă, uneori cu perioade lungi de remisiune, fără modificarea speranţei de viaţă.

Tratament

Nu există nici un tratament specific. Uneori e necesară protezarea sau intervenţiile chirurgicale de stabilizare.

Prevenţie

Se recomandă consilierea genetică. Orientarea profesională trebuie să ia în calcul evoluţia bolii.

CHARCOT (BOALA) SAU (VEZI) SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ

CHEILITA

Este o leziune la nivelul buzei care determină durere, senzaţie de arsură şi apoi roşeaţă (eritem), tumefacţie (edem) care se extinde la pielea din vecinătate; aceasta se cojeşte ulterior. Se poate datora unei iritaţii, unor substanţe chimice, expunerii la soare şi/sau unei alergii: ruj de buze, tutun, obiceiul copiilor de a introduce diverse obiecte în gură, igienă buco-dentară deficitară etc. Tratamentul constă în îndepărtarea cauzei şi aplicarea locală de vitamina A sau de corticoizi sub formă de creme sau pomezi.

CHELOIDUL

Definiţie şi cauze

Reprezintă o cicatrice hipertrofică datorată unei acumulări anormale a unei substanţe din piele, colagenul. Poate fi secundară unui traumatism, fie evident (plagă, intervenţie chirurgicală, arsură), fie minim (acnee etc.).

Frecvenţă

Frecvenţa este mai mare la persoanele de culoare şi în unele familii.

Semne şi simptome

Cicatricele formează mase reliefate, dure, cu suprafaţă netedă, roşie şi întinsă. Regiunile cel mai frecvent afectate sînt urechile, bărbia, sternul, umerii.

Evoluţie şi complicaţii

Leziunea se formează într-o lună, apoi se întinde în 3–4 luni. Este în general definitivă, dar se poate produce şi regresia spontană.

Tratament

Corticoizii în administrare locală (aplicare directă sau infiltraţie), aplicarea de gheaţă sau duşurile cu presiune ridicată pot fi eficiente.

◆ **Prevenţie**
Antecedentele personale sau familiale necesită informarea pacientului în caz de intervenţii chirurgicale asupra zonelor critice, din cauza potenţialelor sechele.

CHILOTORAXUL

◆ **Definiţie şi cauze**
Acumulare de limfă în pleură. Este consecinţa ieşirii limfei, ca urmare a unei leziuni (tumoră, plagă chirurgicală, traumatism), din canalul toracic [A 7-8], (cel mai mare vas limfatic din organism).

◆ **Semne şi simptome**
Semnele sînt cele ale unui revărsat lichidian pleural: durere, jenă în respiraţie, sunet mat la percuţie şi linişte la auscultaţia regiunii toracice care corespunde leziunii (ţesutul pulmonar prin care circulă aerul, care se aude la auscultaţie şi care sună ca pielea de tobă atunci cînd se percută toracele, este presat de lichidul prezent în pleură).

◆ **Investigaţii**
Puncţia pleurală extrage un lichid lăptos bogat în grăsimi (lipide) şi în globule albe (limfocite). Leziunea (cel mai frecvent un obstacol) de pe canalul toracic este detectată prin tomografie computerizată sau prin limfografie. Aceasta din urmă permite vizualizare pe radiografie a vaselor limfatice, în care s-a injectat, la nivelul piciorului, o substanţă care le opacifiază.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În lipsa tratamentului, revărsatul lichidian se reface rapid după puncţie. Acesta se poate infecta şi poate provoca îngroşarea pleurei (polipleurită).

◆ **Tratament**
Revărsatul lichidian dispare în cîteva zile prin drenaj pleural: introducerea în pleură, printre două coaste, a unui tub conectat la o pompă de aspiraţie, permite evacuarea lichidului şi alipirea din nou a celor două foiţe ale pleurei. În cazul în care acumulările de limfă persistă, injectarea unei substanţe chimice în pleură permite sudarea celor două foiţe (simfiză pleurală chimică). Este necesară de asemenea compensarea prin perfuzii a pierderii de grăsimi eliminate o dată cu evacuarea limfei. În caz de eşec, o intervenţie chirurgicală simplă permite închiderea canalului toracic.

CHILURIA

Prezenţa de limfă în urină, determinată de ruperea vaselor limfatice în căile urinare. Cauza cea mai frecventă este o boală parazitară prezentă într-o serie de ţări în curs de dezvoltare, filarioza; mai rar, poate fi vorba de o malformaţie limfatică sau de o obstrucţie a canalului toracic (cel mai mare vas limfatic, care drenează toată limfa din organism). Urina este lactescentă (are aspect lăptos) cu puncte de grăsime plutind la suprafaţă. Concentraţia lipidelor (grăsimilor) urinare este mult crescută.

CHISTUL HEPATIC SIMPLU SAU CHISTUL BILIAR

◆ **Definiţie şi cauze**
Tumoră benignă a ficatului, formată dintr-o cavitate unică plină cu lichid. Nu există comunicare între chist şi căile biliare [A 12(3)]. În jumătate din cazuri este unic, iar în cealaltă jumătate există mai multe chisturi. Cauza presupusă este prezenţa unor mici malformaţii din naştere (congenitale) ale căilor biliare din interiorul ficatului.

◆ **Frecvenţă**
Reprezintă o anomalie frecventă, care afectează 3–4% din populaţie, cu o uşoară predominanţă feminină.

◆ **Semne şi simptome**
În majoritatea cazurilor, chistul nu provoacă nici un simptom. Chisturile voluminoase pot antrena dureri şi pot fi palpate la nivelul ficatului, sub coaste, în partea dreaptă.

◆ **Investigaţii**
Ecografia permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Complicaţiile sînt rare: hemoragia în interiorul chistului, ruptura în abdomen, infecţia, compresia căilor biliare etc.

◆ **Tratament**
Intervenţia chirurgicală nu se impune decît

în cazul chisturilor voluminoase care provoacă simptome.

CHISTUL HIDATIC
(VEZI) HIDATIDOZA

CHISTUL OVARIAN

Definiţie şi cauze

Tumoră benignă a ovarului [A 14-5], alcătuită parţial din lichid.

Frecvenţă

Frecvent. Se întîlneşte la orice vîrstă, dar este mai frecvent la femeia tînără.

Semne şi simptome

Semnele cele mai frecvente sînt tulburările de ciclu menstrual şi durerile pelviene. Uneori se descoperă o masă tumorală la examenul ginecologic.

Investigaţii

Ecografia permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia poate fi marcată de complicaţii (torsiune, hemoragie, ruptură) care pot determina dureri abdominale violente ce sugerează o afecţiune chirurgicală. Transformarea malignă, din fericire rară, este complicaţia cea mai redutabilă.

◆ **Tratament**

Tratamentul este chirurgical, cel mai adesea prin laparoscopie (fără deschiderea abdomenului, introducînd instrumentele prin mici orificii care lasă cicatrice de dimensiuni foarte reduse). La femeia tînără trebuie conservat ovarul. Dimpotrivă, după menopauză acesta poate fi scos fără probleme.

CHISTUL SINOVIAL

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră care apare la nivelul unei articulaţii, formată de o herniere a membranei sinoviale, conţinînd o substanţă gelatinoasă derivată din lichidul sinovial. Formarea chistului este consecinţa unei rezistenţe scăzute a ţesutului care înconjoară articulaţia. Originea este necunoscută. Localizările preferenţiale sînt dosul articulaţiei pumnului şi fosa poplitee situată în spatele genunchiului.

◆ **Frecvenţă**

Foarte frecvent. Vîrsta de predilecţie se situează între 30 şi 50 de ani.

◆ **Semne şi simptome**

Apare ca o formaţiune rotunjită proeminentă sub piele, moale, elastică, uneori dură. În general, disconfortul este uşor, dar sînt posibile uneori puseuri de inflamaţie dureroasă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Chistul poate să crească şi să devină dureros şi incomod. Resorbţia spontană este rară. Principala complicaţie este ruptura spontană sau secundară unui traumatism. Recidivele sînt frecvente după tratament.

◆ **Tratament**

Singurul tratament eficient este chirurgical.

CHISTURILE OSOASE

Tumori benigne rare ale oaselor. Diferitele forme sînt:

1. **Chistul solitar,** care se întîlneşte în a doua copilărie. Afectează în special femurul şi humerusul. Este descoperit adesea în urma unei fracturi spontane.
2. **Chistul anevrismal,** alcătuit din pungi pline cu sînge, întîlnit la copil şi adolescent. Se dezvoltă adesea în urma unui traumatism.
3. **Chistul sinovial,** cavitate în interiorul osului plină cu o substanţă gelatinoasă, situată cel mai frecvent la nivelul articulaţiei pumnului sau al genunchiului. Se manifestă în general spre 40 de ani.
4. **Chistul epidermoid,** caracterizat prin dezvoltarea în interiorul osului de ţesut asemănător pielii, localizat la nivelul bolţii craniene sau al celei de-a treia falange a unui deget.

Ablaţia chirurgicală a acestor tumori permite în general vindecarea lor fără probleme.

CHURG-STRAUSS (BOALA) SAU ANGEITA ALERGICĂ GRANULOMATOASĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală caracterizată printr-un astm sever

şi atingerea diferitelor organe, a cărei cauză este o inflamaţie a vaselor (vasculită) de cauză necunoscută. Factorul declanşator este o stimulare cu antigene (agenţi externi necunoscuţi organismului care determină producerea de agenţi de apărare numiţi anticorpi) la marii alergici, ca de exemplu în cazul unui tratament de desensibilizare, al unui vaccin sau al întreruperii tratamentului cu corticoizi.

◆ **Frecvenţă**

Boală rară care poate apărea la orice vîrstă, cu excepţia copilăriei. Vîrsta medie de debut se situează spre 40 de ani iar bărbaţii sînt afectaţi puţin mai frecvent decît femeile.

◆ **Semne şi simptome**

Asociere de astm bronşic, tulburări de sensibilitate la nivelul membrelor (neuropatie periferică), diaree şi hemoragii digestive, afectare cardiacă (inflamaţia învelişului extern al inimii sau pericardită, leziuni ale arterelor inimii, cu risc de infarct sau coronaropatie), dureri la nivelul articulaţiilor (artralgii), leziuni cutanate (mici pete roşii sau purpură, noduli), precum şi o inflamaţie a rinichiului (glomerulonefrită) şi a pleurei (pleurezie).

◆ **Investigaţii**

Analizele sanguine evidenţiază creşterea unei categorii de globule albe (polimorfonucleare eozinofile) şi a unor anticorpi (IgE), ca în alergii. Se caută şi anticorpii ANCA (anticorpi anti-citoplasmă de polimorfonucleare neutrofile).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Fără tratament, această boală este mortală. Dimpotrivă, chiar în cazul unei forme grave, medicamentele utilizate dau rezultate bune, cu posibilitatea unei vindecări complete la anumiţi pacienţi.

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate sînt corticoizii şi imunosupresoarele.

CIGUATERA

◆ **Definiţie şi cauze**

Intoxicaţie provocată de ingestia de carne de peşte (peste 400 specii) din regiunile tropicale, care conţine o toxină produsă de un microorganism, *Gambierdiscus toxicus*, ingerat de peşte. Toxicitatea este cu atît mai crescută cu cît peştele este mai mare şi mai bătrîn (acumularea toxinei).

◆ **Frecvenţă**

Frecventă mai ales în Golful Mexicului, dar prezentă şi în Pacificul de Sud.

◆ **Semne şi simptome**

La cîteva ore de la ingestie apar tulburări digestive (greaţă, vărsături, crampe abdominale, diaree), tulburări de sensibilitate (furnicături ale buzelor şi ale membrelor, confuzie între cald şi frig, senzaţie de arsură), dureri articulare şi musculare, precum şi mîncărimi.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Pot apărea convulsii, hipotensiune şi rărirea bătăilor cardiace (bradicardie). Vindecarea se face în trei săptămîni, lăsînd adesea dureri reziduale.

◆ **Tratament**

Se limitează la tratarea diferitelor simptome.

◆ **Prevenţie**

Cum gustul peştelui nu este alterat şi nu există nici o metodă de preparare susceptibilă de a neutraliza toxina, se recomandă evitarea consumului de peşte în zonele cu risc.

CILINDROAMELE

Tumori benigne ale pielii care se dezvoltă din glandele ce produc transpiraţia. Este vorba adesea despre o boală familială care apare la pubertate şi a cărei transmitere este numită dominantă, întrucît este suficient ca doar unul dintre părinţi să fie bolnav şi să transmită gena deficientă pentru ca şi copilul să fie afectat. Se prezintă ca formaţiuni asemănătoare unor cucuie situate la nivelul pielii păroase a capului, al cărei aspect aminteşte de cel al unui turban. Suprafaţa tumorilor este netedă, lipsită de păr (glabră), cu mici vase vizibile sub piele (telangiectazii). Tratamentul constă într-o intervenţie chirurgicală care îndepărtează tumorile, eventual cu realizarea unor grefe de piele atunci cînd ocupă o suprafaţă mare.

CIROZA HEPATICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală cronică reprezentată de distrugerea ţesutului normal al ficatului, care este înlocuit de ţesut „cicatriceal" (fibroză), ceea ce nu îi mai permite să îşi îndeplinească funcţiile. Principalele cauze sînt: consumul de alcool (80% la bărbaţi şi 70% la femei), hepatitele virale C (20%) şi B (2–5%) şi o serie de alte boli hepatice mai rare (hemocromatoza, hepatita cronică autoimună, ciroza biliară primitivă).

◆ **Frecvenţă**
Patologie frecventă, ciroza (în special cea alcoolică) este responsabilă de un număr important de decese pe an.

◆ **Semne şi simptome**
Ficatul, care poate fi palpat sub coaste în partea dreaptă, este de dimensiuni variabile, dur, cu marginea inferioară ascuţită. Splina este adesea mărită (splenomegalie) palpabilă sub coaste în stînga [A 12-14(1)], iar pe abdomen sînt vizibile vene (circulaţie venoasă colaterală); aceste semne sînt determinate de dificultatea sîngelui care vine de la intestine prin vena portă [A 7-25] de a traversa ficatul bolnav (hipertensiune portală), ceea ce îl obligă să găsească alte căi pentru a se întoarce în inimă. Disfuncţia ficatului (insuficienţa hepatocelulară) se poate traduce şi prin semne cutanate: angioame stelate (mici puncte roşii din care pornesc radiar vase fine vizibile sub piele), eritroză palmară (palme roşii) şi extinderea lunulei unghiilor (unghii albe).

◆ **Investigaţii**
Analizele sanguine confirmă disfuncţia ficatului: enzimele produse de celulele hepatice aflate în suferinţă au niveluri crescute (aminotransferazele [ALAT şi ASAT] şi gamma-GT), în timp ce unele substanţe pe care acestea le sintetizează sînt scăzute (albumine, factori de coagulare a sîngelui [timp de protrombină alungit şi concentraţia factorului V scăzută]). Ecografia permite vizualizarea ficatului, iar prelevarea unui fragment de ţesut hepatic pentru examinarea la microscop (biopsia hepatică) permite confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Odată constituită, ciroza este ireversibilă. Principalele complicaţii sînt: hemoragiile digestive (varicele esofagiene [A 12-1(1)] determinate de dilataţia venelor de la acest nivel, prin care trece sîngele care nu mai poate traversa ficatul), ascita („apă în burtă") şi tulburările de conştienţă (encefalopatia hepatică, determinată de intoxicarea celulelor din creier cu metaboliţi care nu mai pot fi epuraţi de către ficat). Riscul de apariţie a unui cancer hepatic este important. Prognosticul este foarte variabil, iar mortalitatea este importantă în anii care urmează diagnosticului.

◆ **Tratament**
Tratamentul este fie cel al cauzei (întreruperea intoxicaţiei etanolice etc.), fie cel al complicaţiilor. Transplantul hepatic dă rezultate foarte bune. Este indicat în formele avansate, dar aplicabilitatea sa este limitată de lipsa de organe disponibile.

◆ **Prevenţie**
În caz de întrerupere completă şi definitivă a intoxicaţiei în ciroza alcoolică, riscul de apariţie a unei complicaţii este minim. Combaterea alcoolismului şi a factorilor de transmitere a hepatitelor C şi B sînt singurele măsuri de prevenţie eficiente.

CISTICERCOZA (VEZI) TENIAZA

CISTITA

◆ **Definiţie şi cauze**
Infecţie urinară necomplicată a femeii. Cauza cea mai frecventă este urcarea germenilor intestinali sau vaginali prin uretră [A 13-32], care este foarte scurtă la femeie. Factorii favorizanţi sînt igiena prea riguroasă şi agresivă, constipaţia şi utilizarea diafragmelor sau a gelurilor spermicide, purtarea de haine prea strîmte, diabetul şi afecţiunile neurologice cu răsunet asupra golirii vezicii urinare.

◆ **Frecvenţă**
Cistita necomplicată este o afecţiune foarte frecventă, care atinge o femeie din 4 sau 5.

◆ **Semne şi simptome**
Cele două semne majore sînt dificultatea de a urina (disuria), însoţită de senzaţii de arsură şi de urinări frecvente (polakiurie). Urina este uneori tulbure, urît mirositoare şi poate chiar să conţină sînge.

◆ **Investigaţii**
O bandeletă reactivă înmuiată în urină arată prezenţa de germeni şi de globule albe. În caz de cistită necomplicată nu este necesară nici o investigaţie. Urocultura este indicată în caz de eşec al tratamentului şi permite identificarea germenelui. Celelalte investigaţii (ecografia, cistografia retrogradă, cistoscopia) nu se justifică decît în caz de cistite recidivante fără cauză evidentă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Principalul risc este cel de infecţie renală (pielonefrită).

◆ **Tratament – prevenţie şi educaţie**
Tratamentul este cel mai adesea de tipul „minut terapiei", cu administrarea unei singure doze de antibiotic (din clasa fluoroquinolonelor [ciprofloxacină, norfloxacină], sau fosfomicină [Afos®]. Cunoaşterea regulilor de igienă este esenţială pentru evitarea recidivelor: consumul unor cantităţi mari de lichide, urinarea de 4–5 ori pe zi la intervale regulate, combaterea constipaţiei, purtarea de haine şi lenjerie de corp mai largi etc.

CITOMEGALOVIRUS (INFECŢIA CONGENITALĂ CU) SAU (VEZI) INCLUZII CITOMEGALICE (BOALA CU)

CITOMEGALOVIRUS (INFECŢIA CU)

◆ **Definiţie şi cauze**
Infecţie produsă de un virus din grupul herpes virusurilor, citomegalovirusul (CMV). Virusul este prezent peste tot. Transmiterea se face prin contact strîns (salivă), pe cale sexuală, placentară şi prin transfuzii. Odată pătruns în organism, virusul rămîne prezent toată viaţa şi se poate reactiva în caz de slăbire a sistemelor de apărare ale organismului (imunodepresie: SIDA, chimioterapie pentru un cancer, tratament anti-rejet de transplant).

◆ **Frecvenţă**
La 40 ani, între 60 şi 80% din populaţie a făcut deja infecţia. Puţin peste 1% din nou-născuţi sînt infectaţi la naştere, dar numai 10% dintre aceştia vor prezenta o formă severă. Infecţia cu CMV este foarte frecventă la bolnavii de SIDA.

◆ **Semne şi simptome**
La individul cu mecanisme de apărare normale, prima infecţie (primoinfecţia) trece cel mai adesea neobservată sau se manifestă sub forma unei angine însoţită de febră şi urmată de o astenie care durează cîteva săptămîni. Infecţia fătului corespunde bolii incluziilor citomegalice, caracterizată printr-o afectare hepatică şi cerebrală severe. La pacienţii cu transplant, leziunea cea mai frecventă este infecţia pulmonară; la pacienţii cu SIDA se produce afectare oculară (corioretinită), dar sînt posibile şi alte leziuni (digestive, meningeale).

◆ **Investigaţii**
Identificarea virusului este dificilă. Semnul de infecţie cel mai fiabil este prezenţa anticorpilor în concentraţii mari în sînge (serodiagnostic). Explorarea oftalmologică numită examenul de fund de ochi permite detectarea leziunilor caracteristice de la nivelul retinei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Infecţia fătului are prognostic foarte nefavorabil. La pacientul cu imunitate scăzută evoluţia poate fi mortală. Afectarea oculară poate duce la orbire.

◆ **Tratament**
Cele două medicamente antivirale utilizate (pentru tratament şi în profilaxie) sînt ganciclovirul (Cymevene®, Valcyte®) şi foscarnetul.

CLOASMA SAU (VEZI) MASCA GRAVIDICĂ

COADA DE CAL (SINDROMUL DE)

◆ **Definiţie şi cauze**
Compresia ansamblului de rădăcini nervoase care ies din coloana vertebrală mai

jos de porţiunea terminală a măduvei spinării, adică ultimele 4 perechi lombare (de la a doua la a 5-a pereche lombară), cele 5 perechi sacrate şi perechea coccigiană [A 9]. Principala cauză este hernia unui disc intervertebral; mai rar, este vorba despre o îngustare a canalului din interiorul vertebrelor (canal lombar strîmt) sau despre o tumoră.

Frecvenţă

Frecvenţa acestei afecţiuni este destul de ridicată, fiind legată de cea a principalei cauze, hernia de disc.

Semne şi simptome

Sindromul complet asociază paralizii (paraplegie = paralizia ambelor picioare); abolirea reflexelor rotulian, cremasterian (stimularea feţei interne a coapsei provoacă ascensiunea testiculului sau retracţia labiei mari de aceeaşi parte), ahilian şi anal (excitarea marginii anusului declanşează contracţia muşchiului care asigură închiderea acestuia); tulburări de sensibilitate (dureri în regiunea inferioară a spatelui, coborînd în fese şi pe faţa posterioară sau anterioară a coapsei şi accentuate de tuse sau de defecaţie); o anestezie totală sau parţială la nivelul membrelor inferioare şi al perineului (zona din jurul organelor genitale şi al anusului); tulburări în controlul muşchilor vezicii urinare şi ai anusului (incontinenţă urinară şi chiar anală); tulburări sexuale (impotenţă, frigiditate).

Investigaţii

Cuprind tomografia computerizată şi examenul IRM, care permit reperarea zonei de compresie.

Evoluţie şi complicaţii

În lipsa unui tratament adecvat cît mai precoce, apar sechele neurologice care pot fi definitive.

Tratament

Trebuie efectuată o intervenţie chirurgicală de urgenţă, pentru a înlătura compresia. Aceasta este completată eventual de radioterapie şi chimioterapie în cazul prezenţei unei tumori.

COAGULAREA INTRAVASCULARĂ DISEMINATĂ (CID)

◆ **Definiţie şi cauze**

Generalizare anormală, în tot organismul, a procesului de coagulare sanguină, care în mod normal trebuie să rămînă localizat, ca de exemplu la nivelul unei plăgi pentru a opri o hemoragie. Este determinată de eliberarea în sînge a unor substanţe „acceleratoare“, spre exemplu în contextul unei naşteri dificile cu hemoragie, al unei septicemii, al unei stări de şoc, al unei intervenţii chirurgicale sau al unui cancer. Există două consecinţe: formarea de cheaguri care obstruează vasele mici (tromboze) şi apariţia de hemoragii prin lipsa factorilor de coagulare, care se consumă în totalitate.

◆ **Frecvenţă**

CID reprezintă una din principalele complicaţii ale naşterii care poate duce la decesul mamei.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele clinice sînt legate de sîngerări (hemoragie uterină care nu poate fi oprită, hematoame cutanate, hemoragie cerebrală etc.) şi de formarea de cheaguri (în special insuficienţă renală acută, rinichiul fiind unul dintre cele mai sensibile organe).

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine arată tulburări majore de coagulare: timp de protrombină prelungit, concentraţia fibrinogenului şi a factorilor II şi V prăbuşite, număr redus de plachete sangvine (trombocitopenie), concentraţii crescute de D-dimeri şi de produşi de degradare a fibrinei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Reprezintă o afecţiune severă, cu mortalitate ridicată.

◆ **Tratament**

Prima măsură este tratarea cauzei (îngrijiri obstetricale, tratamentul şocului etc.). Poate fi indicată administrarea de heparină în doze mici, ca şi transfuzia de derivate de sînge (plasmă proaspătă congelată, trombocite).

COARCTAȚIA DE AORTĂ

◆ **Definiție și cauze**

Malformație a aortei [a 6-34] prezentă de la naștere (congenitală) și caracterizată printr-o îngustare a porțiunii din aortă situată la vîrful crosei pe care acesta o descrie după ieșirea din inimă înainte de a se îndrepta în jos (porțiune numită istm). Este consecința unei anomalii a fibrelor musculare care se găsesc la acest nivel în peretele vasului.

◆ **Frecvență**

Este o afecțiune rară.

◆ **Semne și simptome**

Forma gravă încă de la naștere (neonatală) se manifestă printr-o insuficiență cardiacă severă, însoțită cel mai adesea de absența pulsului la arterele femurale (palpabile la nivelul regiunii inghinale). La copilul mare, descoperirea se face în contextul unei hipertensiuni arteriale, al unui suflu la auscultație care iradiază în spate sau al unui puls slab la arterele femurale.

◆ **Investigații**

Ecografia și examenul IRM permit stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

În absența tratamentului, evoluția spontană a formei neonatale este aproape întotdeauna mortală în primele luni de viață. Din fericire, chirurgia dă rezultate excelente. Principala complicație în caz de intervenție tardivă este hipertensiunea arterială.

◆ **Tratament**

În forma neonatală, o serie de medicamente permit reducerea sarcinii inimii și realizarea în bune condiții a intervenției chirurgicale. Este vorba în primul rînd de perfuziile cu prostaglandina E1, care reduc sarcina inimii prin redeschiderea canalului arterial; acesta reprezintă o comunicare între aortă și artera pulmonară [A 7-1/7] prezentă la făt înainte de naștere, care se închide atunci cînd acesta începe să respire și plămînii funcționează. Celelalte forme trebuie operate între 2 și 4 ani.

COASTĂ CERVICALĂ (SINDROMUL DE) SAU (VEZI) DEFILEU TORACIC (SINDROMUL DE)

COCCIDIOIDOMICOZA

◆ **Definiție și cauze**

Boală infecțioasă provocată de o ciupercă, *Coccidioides immitis*, ai cărei spori, prezenți în praf, sînt inhalați antrenînd o afecțiune pulmonară. Este vorba de o infecție care se declanșează în caz de SIDA, din cauza slăbirii mecanismelor de apărare ale organismului. Intervalul dintre contaminare și debutul bolii (perioada de incubație) este de 3 săptămîni.

◆ **Frecvență**

Reprezintă probabil micoza cel mai dificil de controlat în cursul infecției cu virusul HIV.

◆ **Semne și simptome**

Cînd infecția atinge o persoană al cărei sistem de apărare este bun (imunocompetentă), ea are o evoluție benignă și simptomele, asemănătoare celor ale unei gripe, sînt prezente în mai puțin de jumătate din cazuri. Dimpotrivă, în cazul slăbirii mecanismelor de apărare (imunodepresie), infecția care afectează inițial plămînul se extinde în tot organismul. Principalele semne în acest caz sînt jena în respirație, însoțită de expectorații cu sînge (hemoptizii), meningita, infecția articulațiilor și a oaselor, precum și a pielii.

◆ **Investigații**

Identificarea germenelui se face prin prelevarea de probe de la nivelul organelor afectate (spută etc.). O altă modalitate de diagnosticare a infecției este detectarea anticorpilor din sînge (serodiagnostic) și un test de reactivitate cutanată similar celui efectuat pentru tuberculoză (intradermoreacție).

◆ **Evoluție și complicații**

Infecția la individul sănătos nu necesită nici un tratament, iar prognosticul acesteia este excelent. În caz de formă diseminată mortalitatea este foarte ridicată.

◆ **Tratament**

Medicamentele active împotriva ciuper-

ciilor (antifungicele) utilizate sînt amfotericina B sau ketoconazolul.

Prevenţie

Pentru imunodeprimaţi este necesară evitarea sejururilor în zonele în care ciuperca este prezentă (Statele Unite, America Centrală şi de Sud), iar după o primă infecţie este necesar un tratament de întreţinere pe viaţă.

COCCIGODINIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Durere a coccisului [A 2-24] care se instalează în urma unui traumatism, adesea vechi, sau fără o cauză evidentă.

Frecvenţă

Apare în special la femei după 40 de ani.

Semne şi simptome

Durerea este maximă la nivelul coccisului şi este declanşată de apăsare şi mobilizare. Este posibilă iradierea spre fese şi spre perineu. Poziţia şezînd este greu de suportat.

Investigaţii

Radiografiile sînt cel mai adesea normale.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia cronică poate avea un răsunet psihologic, ducînd chiar la depresie.

Tratament

Analgezicele (medicamentele care combat durerea) şi injectarea locală de corticoizi ameliorează deseori simptomele.

COAFA ROTATORILOR (RUPTURA)

Definiţie şi cauze

Ruptură bruscă a tendoanelor muşchilor care asigură rotaţia umărului (muşchii subscapular, supraspinos, subspinos şi rotund mic [A 5-6(8)]. Aceasta se poate produce ca urmare a unei căderi, a unui efort de ridicare sau a unei simple mişcări a braţului. Este favorizată de alterarea cu vîrsta a structurii tendoanelor la acest nivel.

Frecvenţă

Survine în special după 40 de ani.

Semne şi simptome

Apare o paralizie dureroasă a umărului: bolnavul nu poate ridica braţul în plan vertical, în timp ce mobilitatea este normală atunci cînd medicul mişcă braţul pacientului.

◆ **Investigaţii**

Tomografia computerizată şi examenul IRM permit evaluarea importanţei rupturii.

◆ **Tratament**

În funcţie de importanţa leziunii, simpla reeducare poate fi suficientă, dar în caz de eşec sau de ruptură completă se impune intervenţia chirurgicală.

COLAPSUL CARDIOVASCULAR

Scădere brutală a tensiunii arteriale sub „8". În limbaj medical se vorbeşte de tensiunea arterială sistolică, adică de prima valoare care se înregistrează la măsurarea tensiunii şi care corespunde fazei de contracţie a inimii, iar unităţile sînt milimetri coloană de mercur (8 corespunde la 80 mmHg). Atunci cînd această scădere este prelungită se vorbeşte de stare de şoc. Termenul este rezervat în general accidentelor de scurtă durată care regresează rapid, ca de exemplu sincopele banale legate de stările emoţionale, de oboseală sau de stres.

COLANGIOCARCINOMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă care se dezvoltă în ficat la nivelul canalelor care conduc bila pînă la vezicula biliară [A 12(3)]. Factorii predispozanţi sînt reprezentaţi de o boală inflamatorie a acestor canale (colangita sclerozantă), o infecţie produsă de paraziţi (*Clonorchis sinensis*), anomalii din naştere ale căilor biliare şi anumite toxine cancerigene (industria cauciucului).

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă 10% din cancerele ficatului şi ale căilor biliare. Există o uşoară predominanţă masculină şi un vîrf de incidenţă a bolii între 50 şi 70 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele cele mai frecvente sînt legate de blocarea scurgerii bilei spre vezica bil-

iară. Este vorba de icter (colorația galbenă a pielii), mîncărimi (prurit), scădere în greutate, scaune decolorate şi mărirea de volum a ficatului (hepatomegalie). Aceste semne apar adesea tardiv, ceea ce face ca tumora să fie diagnosticată într-un stadiu avansat.

◆ **Investigații**

Investigațiile utilizate sînt ecografia, radiografia ficatului după injectarea unei substanțe care face vizibile canalele biliare (colangiografia) şi prelevarea unui fragment de țesut hepatic pentru examinarea la microscop (biopsia).

◆ **Evoluție şi complicații**

Prognosticul este sever.

◆ **Tratament**

În unele cazuri este posibil tratamentul paliativ, care asociază radioterapie, chimioterapie şi realizarea unei derivații a căilor biliare.

COLANGITA SCLEROZANTĂ PRIMITIVĂ

◆ **Definiție şi cauze**

Boală cronică a canalelor biliare din interiorul şi din exteriorul ficatului [A 12(3)]. Se caracterizează prin alterarea peretelui acestora, cu îngustarea şi în final obstruarea lor. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvență**

Boala predomină la bărbați (2 cazuri din 3) şi se asociază adesea cu o boală inflamatorie intestinală (rectocolita ulcero-hemoragică, boala Crohn).

◆ **Semne şi simptome**

Simptomele sînt cele ale unei obstrucții a căilor biliare: icter (colorația galbenă a pielii), mîncărimi (prurit), dureri la nivelul ficatului. Uneori apare febră, alterarea stării generale, ce pot orienta diagnosticul spre infecția bilei (angiocolită).

◆ **Investigații**

Diagnosticul poate fi confirmat printr-un examen radiologic special numit colangiopancreatografie endoscopică retrogradă (ERCP); acesta constă în introducerea unui tub dotat cu un sistem optic prin gură pînă în intestin, la nivelul la care se varsă canalele biliare şi pancreatice, care vor fi vizualizate sub razele X prin injectarea unei substanțe opace. Gravitatea afectării ficatului este apreciată prin prelevarea unui fragment de țesut hepatic pentru examinarea la microscop (biopsie). Analizele sangvine arată o alterare a funcției hepatice şi creşterea concentrației sangvine a produşilor biliari.

◆ **Evoluție şi complicații**

Reprezintă o boală gravă, cu evoluție progresivă spre ciroză hepatică. Într-un număr limitat de cazuri este posibilă transformarea malignă (colangiocarcinom).

◆ **Tratament**

Administrarea unui acid biliar, acidul ursodezoxicolic, poate ameliora simptomatologia. Pot apărea dilatări de căi biliare. Colangita sclerozantă reprezintă una din cele mai frecvente indicații de transplant hepatic, care dă rezultate satisfăcătoare.

COLECISTITA ACUTĂ

◆ **Definiție şi cauze**

Inflamație acută a veziculei biliare [A 12-4(1)], datorată de obicei obstrucției printr-un calcul la nivelul canalului care evacuează bila în intestin. Foarte rar, se poate produce colecistită fără calcul, la persoane al căror organism este slăbit în urma unui traumatism, unei intervenții chirurgicale, unei infecții sau unei boli grave.

◆ **Frecvență**

Colecistita este una din complicațiile frecvente ale calculilor biliari, care apar la aproape 10% din adulți, cu predominanță feminină (afectează de 3 ori mai multe femei decît bărbați).

◆ **Semne şi simptome**

Apare durere, însoțită de contracția abdomenului în regiunea ficatului în momentul în care se apasă pe această zonă (contracție dureroasă reflexă în inspir profund şi la palparea sub coaste în partea dreaptă, numită semnul Murphy), febră pînă la 38,5°C şi greață. Poate apărea şi o uşoară colorație galbenă a pielii (icter).

Investigații
Ecografia evidențiază calculul și peretele veziculei biliare îngroșat, cu conținut dens și neomogen.

Evoluție și complicații
Sub tratament antibiotic evoluția poate fi favorabilă într-o săptămînă. Complicațiile posibile sînt perforația cu apariția peritonitei, formarea unei comunicări cu tubul digestiv (fistulă colecistodigestivă), precum și ocluzia produsă de calcul (ileus biliar). Prognosticul este în general bun, cu excepția formelor complicate.

Tratament
Tratamentul medical se face cu medicamente împotriva durerilor colicative (antispastice, de ex. Spasfon®), antibiotice și perfuzii. Tratamentul chirurgical se face rareori în urgență (îndepărtarea vezicii biliare, numită colecistectomie).

Prevenție
Prevenția constă în ablația veziculei biliare atunci cînd există calculi care au antrenat deja episoade dureroase.

...ESTEATOMUL SAU (VEZI) ...A CRONICĂ ...ESTEATOMATOASĂ

...A BILIARĂ

Definiție și cauze
Criză dureroasă acută determinată de obstrucția tranzitorie de către un calcul a canalului (numit cistic) care permite bilei să se scurgă din vezicula biliară în alt canal (numit coledoc), care o conduce pînă în intestin [A 12(3)]. Reprezintă complicația cea mai puțin gravă a calculilor biliari. Factorii declanșatori sînt mesele copioase, ingestia de grăsimi sau de alcool, stresul și perioadele care preced menstruația.

Frecvență
Calculii biliari sînt prezenți la aproape 15% din adulți, dar nu produc simptome decît în 20% din cazuri.

Semne și simptome
Durerea este violentă, cu caracter de strîngere, cu debut brutal, declanșîndu-se în special în cursul nopții. Este localizată sub coaste în partea dreaptă și iradiază în general în spate, în umăr sau în omoplatul drept. Ea blochează respirația și crește progresiv în intensitate, atingînd un maximum în 15–60 minute. Este însoțită frecvent de semne digestive (greață, vărsături).

◆ **Investigații**
Radiografia abdominală poate evidenția calculii, dar examenul care permite confirmarea diagnosticului este ecografia.

◆ **Evoluție și complicații**
Evoluția se face în mod normal spre regresie în cîteva ore. Principalele complicații sînt cele ale calculilor biliari: colecistita (inflamația colecistului), angiocolita (infecția bilei), pancreatita acută (inflamația pancreasului).

◆ **Tratament**
În timpul crizei, medicamentele utilizate sînt antispasticele și antiinflamatoriile (diclofenac, ketoprofen). În cazul prezenței de calculi în colecist, aceasta va fi îndepărtată chirurgical (colecistectomie) în afara perioadelor de criză, pentru a preveni recidivele și complicațiile.

◆ **Prevenție și educație**
O serie de factori favorizează formarea calculilor: obezitatea, ciroza hepatică, pilulele contraceptive, unele medicamente care scad colesterolul etc. Pacientul trebuie să cunoască factorii declanșatori pentru a preveni recidivele.

COLICA RENALĂ

◆ **Definiție și cauze**
Durere lombară (în regiunea inferioară a spatelui) brutală, provocată de dilatarea cavităților renale de către urina care nu se mai poate scurge din cauza unui obstacol situat pe ureter, canal care conduce urina de la rinichi la vezica urinară [A 13-8]. În 9 cazuri din 10 este vorba despre un calcul blocat în ureter. În alte cazuri e vorba de cheaguri sau tumori care comprimă ureterul din exterior. Factorii declanșatori frecvenți sînt căldura, consumul insuficient de lichide și călătoriile lungi.

◆ **Frecvență**
Foarte frecventă.

◆ **Semne şi simptome**
Durerea se instalează brutal, este intensă, surdă, afectînd o singură parte (stînga sau dreapta). Este localizată în regiunea lombară şi iradiază spre regiunea inferioară a abdomenului (fosa iliacă) sau organele genitale externe. Nu este calmată de nici o poziţie. Uneori apare sînge în urină (hematurie) şi se pot produce de asemenea tulburări digestive (greaţă, vărsături, absenţa scaunului).

◆ **Investigaţii**
Unii calculi, în special cei care conţin calciu, sînt vizibili pe radiografii. Ecografia evidenţiază dilataţia căilor urinare în amonte de obstacol. Radiografia (urografia intravenoasă) şi tomografia computerizată (uro-CT) cu injectarea intravenoasă a unei substanţe care opacifiază urina şi permite vizualizarea calculilor trebuie realizate, în general, după terminarea crizei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Crizele au durată variabilă şi se succed de-a lungul cîtorva zile. Complicaţiile sînt reprezentate de infecţia urinară, cu posibilitatea producerii unei septicemii sau absenţa completă a eliminării de urină (anuria) în caz de obstacol pe rinichi unic sau de obstrucţie bilaterală, cu risc de distrugere a rinichiului sau a rinichilor.

◆ **Tratament**
Tratamentul asociază limitarea aportului de lichide şi tratamentul durerii (ketoprofen pe cale intravenoasă lent, antispastice, morfină sau derivaţi de morfină). În caz de eşec sau complicaţii, urina va trebui evacuată prin montarea unei sonde, fie prin căile naturale (pe cale endoscopică), fie prin montarea, printr-o mică intervenţie chirurgicală, a unui cateter care iese la nivelul pielii (nefrostomie percutană).

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Este indispensabilă cunoaşterea factorilor declanşatori pentru a evita recidivele şi tratarea afecţiunilor care favorizează formarea de calculi urinari (litiaza urinară).

COLITA ISCHEMICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Inflamaţie a peretelui colonului [A 12-8] cauzată de reducerea sau întreruperea totală a circulaţiei sangvine la acest nivel. Principalele cauze sînt ocluzia vaselor (placă de aterom, embolie etc.) sau scăderea debitului sangvin (tulburări ale circulaţiei, în special stare de şoc etc.).

◆ **Frecvenţă**
Se întîlneşte în special la vîrstnici.

◆ **Semne şi simptome**
Principalele manifestări sînt durerea abdominală şi diareea cu sînge. Auscultaţia evidenţiază un silenţium abdominal total (absenţa completă a zgomotelor obişnuite date de progresia conţinutului intestinal).

◆ **Investigaţii**
Examenul care permite stabilirea diagnosticului este colonoscopia: introducerea prin anus a unui tub prevăzut cu un sistem optic care permite vizualizarea pereţilor colonului (examen sub anestezie generală). Radiografia sau tomografia computerizată abdominală pot evidenţia prezenţa de aer în abdomen (pneumoperitoneu) în caz de perforaţie a colonului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În majoritatea cazurilor, evoluţia este rapid favorabilă. Totuşi, există posibilitatea apariţiei unei forme gangrenoase (moartea ţesuturilor peretelui colonic), cu perforaţia intestinului şi instalarea peritonitei: în acest caz, mortalitatea este ridicată. Este posibilă apariţia tardivă a unei îngustări (stenoze) a colonului.

◆ **Tratament**
Forma simplă beneficiază de tratament medical: alimentarea prin perfuzii şi administrarea de antibiotice. Forma gangrenoasă necesită o intervenţie chirurgicală constînd în îndepărtarea porţiunii de colon afectate.

COLITA PSEUDOMEMBRANOASĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Inflamaţie a colonului [A 12-8] caracterizată prin prezenţa unor membrane

care acoperă peretele. Este secundară administrării de antibiotice, care perturbă flora intestinală (bacteriile care facilitează digestia) și permit proliferarea bacteriilor dăunătoare, precum *Clostridium difficile.*

Frecvenţă

Sînt expuşi îndeosebi pacienţii spitalizaţi şi trataţi cu antibiotice pentru infecţii grave.

Semne şi simptome

Diareea este principalul simptom, fiind însoţită de dureri abdominale şi de febră. Semnele apar în general în primele 10 zile după tratamentul antibiotic, dar decalajul poate ajunge pînă la 6–8 săptămîni.

Investigaţii

Explorarea care permite stabilirea diagnosticului este colonoscopia: introducerea prin anus a unui tub dotat cu un sistem optic care permite vizualizarea peretelui colonic (examen sub anestezie generală). Bacteria în cauză poate fi evidenţiată pe o probă de scaun pusă în cultură (coprocultură), sau prin detectarea toxinei acesteia.

Evoluţie şi complicaţii

Cel mai adesea, evoluţia sub tratament este favorabilă, dar recăderile sînt destul de frecvente. Complicaţiile grave sînt reprezentate de dilataţia şi de perforaţia colonului.

Tratament

Baza tratamentului este asocierea a două antibiotice puternice (metronidazol şi vancomicină), care vor permite distrugerea bacteriilor dăunătoare. Administrarea antibioticului iniţial responsabil va fi întreruptă. Adăugarea de Ultralevure® este utilă.

Prevenţie

Cea mai bună metodă de prevenţie este limitarea utilizării antibioticelor la strictul necesar. Măsurile de prevenire a infecţiilor dobîndite în spital (infecţii nosocomiale) trebuie strict respectate, iar scaunele pacienţilor trebuie considerate ca fiind contaminate cu germeni periculoşi şi eliminate respectînd precauţiile adecvate.

COLOPATIA FUNCŢIONALĂ SAU SINDROMUL DE INTESTIN IRITABIL

◆ **Definiţie şi cauze**

Acest termen desemnează toate formele de tulburări digestive de care se plîng numeroase persoane şi care nu sînt legate de nici o leziune a tubului digestiv.

◆ **Frecvenţă**

Este cea mai frecventă afecţiune digestivă. Afectează în special femeile de orice vîrstă, cu două vîrfuri de frecvenţă la copil şi la adultul tînăr.

◆ **Semne şi simptome**

Asociere de dureri abdominale de toate tipurile, tulburări de tranzit (constipaţie cu falsă diaree, care corespunde unei lichefieri a scaunelor dure) şi senzaţie de balonare. Palparea evidenţiază o durere difuză la nivelul colonului (în bară sub coaste şi de-a lungul celor două flancuri). Pacientul este frecvent o persoană „nervoasă" (neurotonică), altfel în bună stare de sănătate.

◆ **Investigaţii**

Sînt inutile, exceptînd cazurile de dubiu cînd sînt utilizate pentru excluderea altei boli (căutarea unor paraziţi în scaun, colonoscopie).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o afecţiune cronică, ce poate avea un răsunet psihologic important.

◆ **Tratament**

Se bazează pe o atitudine înţelegătoare a medicului, recomandări legate de dietă şi un tratament simplu al constipaţiei (tărîţe, uleiuri).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

O relaţie bazată pe încrederea în medic permite evitarea unor examinări repetate. Laxativele vor fi interzise acestor persoane. Psihoterapia poate fi utilă.

COLUL VEZICAL (DISFUNCŢIA DE)

◆ **Definiţie şi cauze**

Anomalie a muşchiului care închide vezica urinară la originea uretrei (zonă numită col vezical [A 13-26/32]), a cărei consecinţă este imposibilitatea golirii complete a vezicii în timpul urinatului.

Cauzele cele mai frecvente sînt reprezentate de o anomalie existentă de la naştere (congenitală) şi de sechele ale unei infecţii genitale (prostatită, uretrită).

◆ **Frecvenţă**

Se întîlneşte în special la sugar şi la copilul mic, precum şi la bărbatul adult.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt reprezentate de: dificultatea de a urina (disurie), retenţia de urină, nevoia frecventă de a urina (polakiurie) şi chiar incontinenţa urinară, prin revărsarea vezicii urinare prea pline.

◆ **Investigaţii**

Explorările utile pentru diagnostic sînt: ecografia, radiografia cu injectarea unei substanţe care opacifiază urina (urografia intravenoasă, uretrocistografia retrogradă) şi probele numite urodinamice, care permit studierea modului de golire a vezicii în timpul urinatului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În absenţa tratamentului, principala complicaţie este lezarea rinichilor prin reascensionarea urinei care nu este evacuată şi care rămîne în vezica urinară (hidronefroză bilaterală).

◆ **Tratament**

O intervenţie chirurgicală simplă permite în general rezolvarea acestei probleme.

COMA HEPATICĂ SAU (VEZI) ENCEFALOPATIA HEPATICĂ

COMPRESIUNEA MEDULARĂ NETRAUMATICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Suferinţă a celulelor nervoase din măduva spinării, care sînt comprimate în interiorul canalului format de vertebre. În majoritatea cazurilor este vorba despre compresiuni date de metastaze ale unor cancere ce afectează vertebrele, de o hernie la nivelul unui disc intervertebral, de o inflamaţie a unei vertebre şi a discurilor învecinate (spondilodiscită) sau de o afecţiune reumatică (artroză, poliartrită reumatoidă etc.). Mai rar, este vorba de compresii date de o tumoră nervoasă (neurinom sau meningiom).

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune relativ frecventă ca urmare a diversităţii cauzelor.

◆ **Semne şi simptome**

Primul semn este durerea în teritoriul nervului care iese din măduvă la nivelul compresiunii (ca în sciatică). Aceasta este vie, persistentă, accentuată de tuse, creşte în intensitate în timpul nopţii, devine progresiv rezistentă la analgezice, fiind însoţită de contractura muşchilor situaţi de-a lungul vertebrelor; este declanşată de apăsarea pe excrescenţele vertebrale care se simt sub piele la nivelul spatelui (procesele spinoase vertebrale). Mersul devine obositor şi uneori se produc căderi prin pierderea bruscă a forţei unui membru inferior. Tulburările de sensibilitate şi de forţă musculară de la nivelul membrelor inferioare se agravează progresiv. Mai tîrziu apar tulburări de dinamică sexuală, tulburări urinare şi de defecaţie (tulburări genitosfincteriene).

◆ **Investigaţii**

Radiografiile clasice sau tomografia computerizată pot orienta diagnosticul, dar explorarea de primă alegere este examenul IRM. Pentru anumite tumori este indicată efectuarea arteriografiei (radiografie a vaselor, care devin vizibile prin injectarea unei substanţe opace) înaintea intervenţiei chirurgicale.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Există riscul de agravare brutală, cu tabloul numit „secţionare de măduvă", adică o paralizie completă a porţiunii inferioare a corpului, în general ireversibilă. Decomprimarea înainte de apariţia acestor semne dă rezultate bune, dar mersul rămîne adesea dificil.

◆ **Tratament**

Decomprimarea reprezintă o urgenţă. După caz, tratamentul poate consta în: intervenţie chirurgicală, radioterapie efectuată izolat sau în completare în unele cazuri, la chimioterapie (tumoră sensibilă la copii). Tratamentul medical complementar, adaptat în funcţie de cauză, va fi instituit rapid (analgezice, corticoizi în doze mari, bifosfonaţi în caz de hipercalcemie, antibiotice).

COMPULSIA

Tulburare de comportament caracterizată prin nevoia irezistibilă de a realiza acţiuni, ritualuri bine stabilite, pentru a scăpa de tema angoasantă de ceea ce s-ar putea întîmpla în lipsa realizării acestora (de exemplu, spălarea repetată a mîinilor de teama murdăriei şi a infecţiilor). Comportamentele compulsive se observă în cadrul tulburărilor obsesiv-compulsive (TOC).

CONDILOAMELE ACUMINATE

Definiţie şi cauze

Mici excrescenţe de piele situate la nivelul organelor genitale şi al anusului, produse de unele virusuri din familia *Human papilloma virus* (HPV). Transmiterea se face în general pe cale sexuală.

Frecvenţă

Este una dintre cele mai frecvente boli cu transmitere sexuală, cu o creştere spectaculoasă a frecvenţei în ultimii 20 de ani.

Semne şi simptome

Mici tumori moi, umede, de culoare roz sau roşie, care se extind rapid şi se pot transforma în mici sfere suspendate de o tijă mică. Acestea sînt izolate sau grupate, dînd un aspect de conopidă.

Investigaţii

Prelevarea unui eşantion din leziuni pentru examinarea la microscop (biopsia) este indicată în caz de dubiu pentru excluderea unui cancer.

Evoluţie şi complicaţii

Există un risc crescut de cancer de col uterin la femei şi posibilitatea de diseminare la femeile însărcinate, la persoanele care suferă de o slăbire a sistemelor de apărare a organismului (imunodepresie ca în SIDA sau în caz de chimioterapie pentru un cancer) ori de necroză a pielii.

Tratament

Tratamentul utilizează fie metode fizice (electrocauterizare, laser, crioterapie sau excizie chirurgicală), fie chimice (aplicări locale de podofilină, de acid tricloracetic). Totuşi, nici una nu dă rezultate pe deplin satisfăcătoare, iar recidivele sînt frecvente.

◆ **Prevenţie**

Examinarea partenerilor şi excluderea unui sifilis sînt esenţiale, precum şi educarea pentru raporturi sexuale protejate.

CONDROBLASTOMUL BENIGN

Tumoră osoasă necanceroasă formată din cartilaj osificat. Este rară (3% din tumorile benigne ale oaselor) şi apare mai ales între 10 şi 20 ani, predominant la băieţi. Este localizată în special la nivelul extremităţilor femurului [A 1-26] sau ale humerusului [A 1-9]. Se manifestă prin durere şi limitarea mobilităţii articulaţiei învecinate. Radiografia arată modificări caracteristice (zonă transparentă, uneori punctată de opacităţi, cu contur în semicercuri succesive). Ablaţia tumorii printr-o intervenţie chirurgicală simplă asigură vindecarea definitivă.

CONDROCALCINOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Reprezintă o afecţiune a articulaţiilor provocată de calcificarea cartilajelor. În majoritatea cazurilor nu poate fi identificată nici o cauză. Este legată uneori de o serie de boli, dintre care cele mai frecvente sînt hiperparatiroidismul (hiperfuncţia glandelor paratiroide, mici glande situate lîngă tiroidă care produc hormoni ce reglează concentraţia calciului în organism), guta şi hemocromatoza (supraîncărcarea cu fier a organismului). Există şi rare forme familiale.

◆ **Frecvenţă**

Apare în special după 60 ani şi afectează aproape 20% din persoanele peste 80 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Poate să nu producă nici un simptom (forma latentă) sau se poate manifesta prin episoade de inflamaţie brutală a articulaţiilor, cu durere, tumefacţie, căldură şi limitarea mişcărilor (artrită acută), determinate de eliberarea cristalelor de calciu în articulaţie. Articulaţiile cel mai frecvent afectate sînt genunchiul,

articulaţia pumnului, şoldul, umărul şi glezna.

◆ **Investigaţii**

Puncţia articulară, efectuată cu ajutorul unui ac, evidenţiază cristale de calciu. Radiografiile arată calcificarea cartilajelor articulaţiilor afectate.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este în general bun, dar pot rămîne sechele, cu distrugerea cartilajelor, care limitează semnificativ funcţionarea articulaţiei.

◆ **Tratament**

Medicamentele antiinflamatoare, şi în special colchicina, sînt foarte eficiente.

◆ **Prevenţie**

În formele secundare prevenţia se bazează pe tratarea cauzei; în celelalte cazuri se poate utiliza colchicina, preventiv, pentru a evita apariţia crizelor.

CONDRODISPLAZIILE

Boli genetice care se traduc prin tulburări de creştere osoasă. Sînt responsabile de nanism (înălţime de pitic) ce afectează în măsură variabilă diferitele părţi ale corpului (numit nanism disarmonic), fiind descrise peste 150 de forme diferite. Formele severe se traduc prin modificări importante ale cartilajelor articulare, cu limitarea mişcărilor şi afectarea ochilor. Cauza pare să fie reprezentată de o serie de mutaţii ce afectează genele care codifică anumite proteine din structura cartilajelor. Tratamentul se limitează la corectarea celor mai importante modificări articulare. Pe de altă parte, este necesar controlul oftalmologic periodic pentru detectarea precoce a unei eventuale afectări oculare.

CONDROMUL

Tumoră osoasă benignă formată din cartilaj, localizată în interiorul osului (în cavitatea care conţine măduva). Apare mai ales între 10 şi 30 ani şi se dezvoltă în special la nivelul falangelor de la mîini şi de la picioare. Poate să nu producă simptome (forma latentă) sau se poate manifesta prin tumefacţie, durere sau fractură. O intervenţie chirurgicală simplă pentru îndepărtarea tumorii este indicată în caz de disconfort important.

CONDROSARCOMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră malignă a oaselor care afectează cartilajul articular. Se produce cel mai frecvent fără o cauză evidentă, dar uneori este secundară unei tumori benigne (condrom).

◆ **Frecvenţă**

Condrosarcomul reprezintă 20% din tumorile maligne ale oaselor, numite şi primitive (nu sînt metastaze ale altor tumori). Afectează mai ales adultul tînăr de sex masculin.

◆ **Semne şi simptome**

Apare durere şi o umflătură (tumefacţie) dură la palpare, cu evoluţie lentă, localizată cel mai adesea la nivelul oaselor trunchiului şi în porţiunea superioară a humerusului sau femurului.

◆ **Investigaţii**

Radiografia arată distrugerea osului normal cu expansiune şi invadarea ţesuturilor din jur.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul depinde de tipul de celule din tumoră şi de calitatea intervenţiei chirurgicale, care poate fi dificilă în localizările la nivelul trunchiului, cu recidive frecvente. Pot apărea metastaze pulmonare.

◆ **Tratament**

Intervenţia chirurgicală constă în excizia tumorii, fără a lăsa nici o celulă canceroasă, ceea ce poate impune uneori amputaţia.

CONJUNCTIVITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţia conjunctivei, membrană transparentă care tapetează faţa internă a pleoapelor şi suprafaţa globului ocular. Principalele cauze sînt de natură virală, bacteriană şi alergică.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune foarte frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Ochiul este roşu, nedureros, fără scăderea acuităţii vizuale, cu senzaţie de jenă oculară (înţepături, senzaţie de ni-

sip în ochi) şi secreţii clare sau purulente, care lipesc genele între ele.

Investigaţii

Inainte de a începe orice tratament este necesară prelevarea de secreţii pentru identificarea germenelui. Examinarea ochiului de către oftalmolog după instilarea unui colorant galben (fluoresceină) permite vizualizarea eventualelor leziuni ale corneei.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia este bună sub tratament, însă leziunile corneei [A 16-4] sînt totuşi posibile.

Tratament

Este adaptat în funcţie de cauză: antibiotice, antivirale, evitarea alergenilor.

Prevenţie şi educaţie

In toate conjunctivitele infecţioase, măsurile de igienă (spălarea mîinilor, în special dacă bolnavul s-a frecat la ochi) sînt esenţiale pentru evitarea contaminării anturajului.

CONN (SINDROMUL) SAU HIPERALDOSTERONISMUL PRIMAR

Definiţie şi cauze

Boală determinată de producţia prea mare a unui hormon de către glanda suprarenală [A 10-5(2)], aldosteronul, care are rol în special în reglarea tensiunii arteriale. În 2/3 din cazuri, cauza este o tumoră (adenomul Conn), iar în 1/3 din cazuri este vorba despre o hipertrofie a celor două glande (hiperplazie suprarenaliană bilaterală).

Frecvenţă

Boala este mai frecventă la femei. Este responsabilă de anumite forme de hipertensiune arterială (dar reprezintă mai puţin de 1% din cauzele acesteia).

Semne şi simptome

Tabloul clinic asociază: hipertensiune arterială, crampe, furnicături la nivelul membrelor, paralizii (semne ale lipsei de potasiu) şi o sete excesivă, însoţită de eliminarea de cantităţi mari de urină (sindrom poliuro-polidipsic).

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine evidenţiază în primul rînd o lipsă de potasiu (hipokaliemie), în timp ce concentraţia potasiului în urină este crescută. Bilanţul cuprinde şi dozarea aldosteronului din sînge, precum şi a altui hormon, renina, care participă de asemenea la reglarea tensiunii arteriale. Tomografia computerizată şi o altă investigaţie specializată (flebografia suprarenală cu depistarea unei asimetrii de secreţie a aldosteronului) permit localizarea eventualei tumori responsabile de boală.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Adenomul Conn se extirpă chirurgical. Hiperplazia suprarenalelor este tratată cu medicamente, în special cu un diuretic (medicament care stimulează eliminarea de urină), spironolactona, care are proprietatea de a împiedica pierderea de potasiu prin urină, precum şi cu antihipertensive (din clasa blocantelor canalelor de calciu sau a betablocantelor).

◆ **Prevenţie**

În caz de hipertensiune arterială, această cauză, deşi rară, trebuie căutată, întrucît în caz de adenom, tratamentul chirurgical poate duce la vindecarea completă.

CONSTIPAŢIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Evacuare dificilă sau rară (mai puţin de 3 scaune pe săptămînă) a materiilor fecale. Principalele cauze au ca punct comun încetinirea progresiei alimentelor în tubul digestiv. În majoritatea cazurilor este vorba de o particularitate constituţională nelegată de vreo boală: se vorbeşte în acest caz de forma primitivă. În celelalte cazuri este vorba despre un efect secundar al unor medicamente sau de o afecţiune a tubului digestiv (tumoră, hemoroizi, fisură anală, sigmoidită, boală Crohn, boală Hirschprung etc.) sau de altă natură (afecţiuni neurologice, hipotiroidie etc.). Factorii favorizanţi cei mai frecvenţi sînt imobilizarea la pat şi dieta săracă în fibre.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune foarte frecventă, cu o predominanţă feminină netă.

◆ **Semne şi simptome**

Numărul de scaune poate fi normal. În

schimb evacuarea este dificilă, necesitînd eforturi excesive. Scaunele sînt dure, pacientul se plînge de balonări şi de senzaţie de evacuare incompletă. În unele cazuri, materiile fecale pot fi simţite la tuşeul rectal, dar pacientul nu simte nevoia de a merge la toaletă.

◆ **Investigaţii**

Explorările complementare au ca singur obiectiv căutarea unei eventuale afecţiuni în cauză. Investigaţia cel mai frecvent utilizată este colonoscopia, care permite vizualizarea interiorului colonului introducînd prin anus un tub prevăzut cu un sistem optic.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În forma primitivă de constipaţie, evoluţia spre faza cronică este obişnuită. În celelalte cazuri evoluţia este legată de cea a cauzei. O complicaţie particulară este reprezentată de boala laxativelor, determinată de abuzul de astfel de substanţe.

◆ **Tratament – prevenţie şi educaţie**

Tratamentul este dificil şi trebuie adaptat de la caz la caz. El cuprinde:

- măsuri de regim igieno-dietetic: activitate suficientă (mers pe jos, sport etc.), mese echilibrate şi regulate, bogate în fibre, consumul unor cantităţi mari de lichide, mersul regulat la toaletă etc.
- produse dietetice şi medicamentoase: produse pe bază de tărîţe, laxative, clisme.

CONSTIPAŢIA COPILULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Emisie eventual dificilă şi dureroasă de scaune, prea rare şi prea tari. Cauzele cele mai frecvente sînt reprezentate de erori de alimentaţie (cantităţi insuficiente de lichide, exces de dulciuri), unele medicamente sau toxice, leziuni anale (fisuri) sau o deficienţă în relaţia mamă-copil. Mai rar este vorba despre unele afecţiuni cu răsunet asupra tubului digestiv: hipotiroidie, mucoviscidoză, boala Hirschprung etc.

◆ **Frecvenţă**

Foarte frecventă. Un copil din zece este consultat cel puţin o dată pentru acest motiv.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele cele mai frecvente sînt balonarea abdominală, uneori dureroasă, cu un volum normal al scaunului. Uneori apar false diarei. Tuşeul rectal evidenţiază materiile fecale, uneori conglomerat de fecale dure (fecalom).

◆ **Investigaţii**

În majoritatea cazurilor sînt inutile. Radiografia abdomenului evidenţiază reziduuri în tubul digestiv.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt emisiile involuntare de materii fecale şi ieşirea mucoasei rectale prin anus (prolapsul rectal). Se poate produce şi ocluzie intestinală.

◆ **Tratament şi educaţie**

Presupune măsuri dietetice (alimentaţie echilibrată, aport suficient de fibre), administrarea de laxative (lubrifianţi, substanţe care înmoaie scaunul, substanţe care stimulează motilitatea intestinală), clisme evacuatorii. Reeducarea a ceea ce se numeşte reflexul de defecaţie (nevoia de expulzare cînd materiile fecale ajung în rect) şi suportul psihologic sînt uneori necesare.

CONVULSIILE SUGARULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Criză convulsivă („de epilepsie“) care survine înaintea vîrstei de 2 ani, ca urmare a unei hiperactivităţi a neuronilor din creier. Cînd criza apare la un copil cu febră, în 75% din cazuri este vorba despre convulsii simple legate de creşterea importantă a temperaturii, în alte cazuri este vorba despre o meningită. În absenţa febrei trebuie luată în considerare o suferinţă a creierului prin lipsă de oxigen (sincopă care a trecut neobservată), un traumatism cranian (hematom sau hemoragie cerebrală), o anomalie metabolică (lipsă de glucoză în sînge sau hipoglicemie, lipsă de calciu sau hipocalcemie, lipsă de sodiu sau hiponatremie etc.) sau o intoxicaţie. În fine, poate fi vorba despre o epilepsie veritabilă a sugarului, care corespunde

convulsiilor ce nu au altă cauză în afara unei disfuncţii a neuronilor din creier.

Frecvenţă

Convulsiile izolate legate de o creştere a temperaturii afectează 2–5% din copii. Băieţii sînt afectaţi mai frecvent decît fetele.

Semne şi simptome

Criza începe printr-o pierdere bruscă a stării de conştientă, însoţită de următoarele semne, izolate sau asociate: plafonarea privirii, rigiditatea membrelor, mişcări dezordonate, încleştarea maxilarelor, absenţa respiraţiei şi albăstrirea feţei. La terminarea crizei, copilul este inconştient, moale şi are o respiraţie zgomotoasă. De regulă el redevine progresiv conştient în minutele următoare.

Investigaţii

Primul gest este măsurarea temperaturii. Analizele sangvine cuprind dozarea glucozei (glicemia), a calciului (calcemia), precum şi a sodiului, potasiului şi a altor elemente (ionograma sangvină). Puncţia lombară este indicată la cea mai mică suspiciune de meningită, ca şi tomografia computerizată în caz de paralizie sau de anomalii persistente ale stării de conştienţă. Dozarea toxicelor poate fi de asemenea utilă.

Evoluţie şi complicaţii

Principala complicaţie este starea de rău convulsiv, caracterizată prin succesiunea crizelor fără revenirea la starea normală de conştienţă, ceea ce poate pune în pericol viaţa copilului.

Tratament

Tratamentul crizei utilizează sedative din clasa benzodiazepinelor (diazepam) introduse în anus (cale intrarectală). În caz de eşec, se injectează alte medicamente pe cale intravenoasă, de exemplu fenobarbital. Ulterior va trebui tratată eventuala cauză a convulsiilor.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Instruirea părinţilor după un prim episod de convulsii febrile are ca scop să îi înveţe cum să scadă febra (prin dezbrăcarea copilului, băi, administrarea alternativă a două medicamente care scad febra, de exemplu aspirină şi paracetamol la fiecare 4 ore) şi eventual, în caz de febră, să administreze preventiv diazepam.

CORDUL PULMONAR CRONIC

◆ **Definiţie şi cauze**

Creşterea mărimii ventriculului drept al inimii [A 7-6] provocată de o funcţionare anormală a plămînilor. Principala consecinţă este lipsa cronică de oxigen în organism. Cea mai frecventă cauză este bronşita cronică (bronhopneumopatia cronică obstructivă). Alteori este vorba de alte afecţiuni pulmonare (fibroză, deformarea cutiei toracice, obezitate cu sindrom de apnee în somn), afecţiuni ale circulaţiei pulmonare (embolii pulmonare repetate, hipertensiune arterială pulmonară primitivă).

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Dificultatea în respiraţie în timpul unui efort reprezintă cel mai frecvent simptom. Celelalte semne sînt cele ale disfuncţiei părţii drepte a inimii (insuficienţă cardiacă dreaptă): venele gîtului proeminente (turgescenţa jugularelor [A 6-31]), ficat mărit şi dureros la palpare, edem al membrelor inferioare.

◆ **Investigaţii**

Funcţionarea părţii drepte a inimii este evaluată prin măsurarea presiunilor de la acest nivel. Investigaţia se numeşte cateterism cardiac drept: introducerea în vena femurală pe la nivelul regiunii inghinale a unui cateter, care este ulterior introdus în cavităţile drepte ale inimii. Lipsa de oxigen din sînge (hipoxia) este evidenţiată prin prelevarea de sînge din artera radială, pe la nivelul pumnului (explorare numită analiza gazelor sanguine).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este grav, cu evoluţie spre insuficienţă cardiacă şi respiratorie.

◆ **Tratament**

Principalul tratament este administrarea continuă de oxigen la domiciliu. Uneori sînt utilizate medicamente care ameliorează activitatea inimii, în special diureticele (medicamente care stimulează eliminarea de urină).

◆ **Prevenţie**
Prevenţia este cea a bronşitei cronice, adică în primul rînd întreruperea fumatului.

COREEA HUNTINGTON

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală neurologică ereditară. Transmiterea este dominantă, ceea ce înseamnă că este suficient ca doar unul dintre părinţi să fie bolnav şi să transmită gena deficientă pentru ca şi copilul să fie afectat. Tulburările sînt determinate de o scădere în volum (atrofie) a unor porţiuni din creier şi de deficitul unor substanţe care asigură comunicarea între celulele nervoase (neurotransmiţători).

◆ **Frecvenţă**
Este o boală rară, cu debut între 35 şi 50 ani, care afectează atît bărbaţii cît şi femeile.

◆ **Semne şi simptome**
Asociere de mişcări anormale la nivelul membrelor, dînd impresia de dans (coree înseamnă dans în limba greacă) şi de tulburări psihiatrice şi intelectuale (apatie, iritabilitate, depresie, comportament antisocial). Debutul este adesea insidios, cu agravare progresivă.

◆ **Investigaţii**
Tomografia computerizată şi examenul IRM cerebral permit excluderea altei cauze.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Evoluţia se face inevitabil spre demenţă profundă, cu imposibilitatea mersului, dificultăţi în a înghiţi (tulburări de deglutiţie) şi deces în cîţiva ani.

◆ **Tratament**
Nu există nici un tratament de fond. Unele medicamente (din clasa neurolepticelor) sînt utilizate pentru calmarea agitaţiei şi a mişcărilor anormale, dar rezultatele sînt inconstante.

COREEA SYDENHAM SAU DANSUL SFÎNTULUI GUY

◆ **Definiţie şi cauze**
Afectare neurologică, complicaţie a unei infecţii streptococice (angină sau alte infecţii) netratată cu antibiotice. Este o boală de acelaşi tip cu reumatismul articular acut, cu care se asociază în 10% din cazuri. Decalajul dintre infecţie şi debutul semnelor este mai mare decît în cazul reumatismului articular acut.

◆ **Frecvenţă**
Este foarte rară în prezent.

◆ **Semne şi simptome**
Mişcări rapide, involuntare, scurte, bruşte, rău coordonate, imprevizibile, ce afectează toţi muşchii (cu excepţia celor ai globilor oculari) şi dau impresia de contorsionare, de dans (coree înseamnă dans în limba greacă). Aceste mişcări sînt amplificate de emoţii.

◆ **Investigaţii**
Puncţia lombară este normală, iar electroencefalograma (înregistrarea activităţii electrice a creierului) este modificată, dar modificările nu sînt specifice bolii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Debutul este insidios. Evoluţia este variabilă, dar în general semnele dispar progresiv, într-un interval de 6–8 luni.

◆ **Tratament**
Nici unul dintre medicamentele utilizate (barbiturice, benzodiazepine, aspirină sau corticoizi) nu este pe deplin eficient.

◆ **Prevenţie**
Tratamentul antibiotic sistematic al infecţiilor produse de streptococ, în special al anginelor, a făcut ca această complicaţie să dispară aproape complet.

CORIOCARCINOMUL

◆ **Definiţie şi cauze**
Tumoră malignă a placentei. Coriocarcinomul survine în cadrul unei sarcini anormale (mola hidatiformă), după un avort, o sarcină extrauterină sau chiar o sarcină normală.

◆ **Frecvenţă**
Complică un avort din 6 000 şi o sarcină normală din 40 000.

◆ **Semne şi simptome**
Circumstanţele de descoperire pot fi reprezentate de sîngerări (metroragii) însoţite de mărirea de volum a uterului după o sarcină normală sau un avort spontan. În alte cazuri este vorba despre evidenţierea unor metastaze pulmonare (tuse, expectoraţii cu sînge, jenă în respiraţie, dureri etc.) sau vaginale.

◆ **Investigații**
Dozarea hormonului de sarcină (β-HCG) permite suspectarea diagnosticului în cazul persistenței unor valori crescute după o sarcină normală, după un avort spontan sau terapeutic.
◆ **Evoluție și complicații**
Coriocarcinomul se complică foarte frecvent cu metastaze: în aparatul genital, plămîni, rinichi, creier. Tratamentul permite în general vindecarea.
◆ **Tratament**
Chimioterapia constituie baza tratamentului. Ablația uterului (histerectomia) este uneori necesară în caz de hemoragie sau la pacientele peste 40 de ani.

CORIORETINITA

Afecțiune oculară caracterizată prin inflamația țesuturilor care învelesc porțiunea posterioară a ochiului (coroida) și a retinei [A 16-10(1)].

CORIZA ACUTĂ SAU GUTURAIUL

◆ **Definiție și cauze**
Infecție produsă de un virus, caracterizată prin inflamația unei porțiuni sau a căilor respiratorii în totalitate (nas, sinusuri, gît, trahee și bronhii). Contagiozitatea prin contact apropiat (transmiterea prin intermediul micilor picături de salivă din aer) este mare.
◆ **Frecvență**
Foarte frecventă, evoluînd în epidemii sezoniere.
◆ **Semne și simptome**
Debutul este rapid, cu scurgerea de lichid pe nas (limpede și abundent), strănut, jenă la nivelul gîtului și uneori tuse. Febra este în general absentă.
◆ **Investigații**
Prezența simptomelor este suficientă pentru stabilirea diagnosticului. Nu este necesară nici o investigație.
◆ **Evoluție și complicații**
Vindecarea se produce spontan în cîteva zile. Principala complicație este suprainfectarea cu bacterii, care se manifestă prin scurgeri purulente.
◆ **Tratament**
Repausul și decongestionantele nazale sînt în general suficiente. Administrarea de antibiotice nu este indicată decît în caz de infecție bacteriană supraadăugată.
◆ **Prevenție**
Nici o măsură de prevenție nu s-a dovedit a fi eficientă.

COROIDITA SAU UVEITA POSTERIOARĂ

◆ **Definiție și cauze**
Afecțiune oculară caracterizată prin inflamația țesuturilor care învelesc porțiunea posterioară a ochiului (coroida [A 16-3(1)]). Afectează frecvent și retina, luînd în acest caz numele de corioretinită. Este frecvent de origine necunoscută, dar poate apărea și în cadrul unei infecții (toxoplasmoză, infecția cu citomegalovirus, tuberculoză etc.).
◆ **Frecvență**
Corioretinita cu citomegalovirus este frecventă în cadrul SIDA.
◆ **Semne și simptome**
Se produce o scădere a acuității vizuale cu senzația de muște zburătoare în fața ochilor.
◆ **Investigații**
Examenul oftalmoscopic permite stabilirea diagnosticului.
◆ **Evoluție și complicații**
Sechelele oculare pot fi importante, chiar în prezența unui tratament adecvat.
◆ **Tratament**
Administrarea de corticoizi și tratarea eventualei infecții.
◆ **Prevenție**
În caz de scădere brutală a acuității vizuale se recomandă consultarea de urgență a oftalmologului.

CORPII STRĂINI AURICULARI

Corpii străini, de natură foarte variabilă, localizați în conductul auditiv extern sînt foarte frecvenți la copil. Ei determină dureri, diminuarea auzului și uneori perforația timpanului. Cel mai adesea, extragerea se face cu ajutorul unui instrument în formă de cîrlig, mai rar prin irigarea cu un lichid. În unele cazuri este necesară anestezia generală. Insectele pot produce un disconfort major cînd sînt

vii. În acest caz, umplerea conductului auditiv cu ulei mineral permite omorîrea insectei, calmează imediat simptomele şi facilitează extragerea acesteia cu ajutorul unei pense.

CORPII STRĂINI OCULARI

◆ **Definiţie şi cauze**
Proiectarea unui corp străin (sticlă, metal etc.) în ochi. Cele mai frecvente cauze sînt accidentele casnice sau de muncă.

◆ **Frecvenţă**
Foarte frecvenţi.

◆ **Semne şi simptome**
Apar durere, lăcrimare, senzaţie de „nisip în ochi" şi senzaţie de jenă la lumină (fotofobie).

◆ **Investigaţii**
Examenul oftalmologic sub anestezie locală permite reperarea şi îndepărtarea corpilor străini superficiali. Radiografia orbitelor permite reperarea şi precizarea poziţiei corpilor străini intraoculari, în special a celor metalici.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Sechelele pot fi grave, cu pierderea ochiului în lipsa tratamentului rapid. Un fragment de fier care nu este extras imediat lasă în ochi un „inel de rugină" definitiv.

◆ **Tratament**
Îndepărtarea corpului străin se face fie la examenul oftalmologic simplu, fie, dacă este profund, prin intervenţie chirurgicală. Este necesar tratamentul antibiotic local sau chiar general, precum şi aplicarea unui pansament care să acopere ochiul.

◆ **Prevenţie**
Măsura de prevenţie esenţială este purtarea sistematică a ochelarilor de protecţie în timpul activităţilor cu risc. Pe de altă parte, prezentarea imediată la oftalmolog permite limitarea riscului de sechele oculare.

COXA PLANĂ SAU BOALA LEGG-PERTHES-CALVÉ

◆ **Definiţie şi cauze**
Tulburare de creştere a capului femural [A 1-26], situat la nivelul articulaţiei şoldului, care duce la moartea acestei porţiuni a osului în 5–10 ani. Cauza este necunoscută (uneori există în antecedente un traumatism).

◆ **Frecvenţă**
Este cea mai frecventă dintre tulburările de creştere numite osteocondroze, care afectează copilul.

◆ **Semne şi simptome**
Apare o durere în articulaţia şoldului, însoţită de tulburări de mers. Mişcările în articulaţie sînt limitate şi se poate produce scăderea în volum a muşchilor coapsei (atrofie musculară).

◆ **Investigaţii**
Radiografiile evidenţiază la început o aplatizare, iar ulterior o separare în mai multe fragmente a capului femural.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În absenţa tratamentului, evoluţia se face spre dispariţia simptomelor în 2-3 ani cu persistenţa deformării articulaţiei şoldului, care predispune la artroză. Tratamentul permite limitarea sechelelor.

◆ **Tratament**
Asociază repausul prelungit la pat cu imobilizarea în atelă şi interzicerea sprijinului pe membrul afectat.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Reluarea mersului trebuie făcută lent, progresiv şi cu prudenţă.

COXARTROZA

◆ **Definiţie şi cauze**
Artroză a şoldului, adică o alterare progresivă a acestei articulaţii. În 1/3 din cazuri nu poate fi găsită nici o cauză evidentă. În celelalte cazuri există o anomalie prezentă de la naştere (congenitală) sau legată de altă boală, cum ar fi luxaţia congenitală, traumatismele, coxa plană etc.

◆ **Frecvenţă**
Afectează aproape 10% din populaţia peste 70 ani (este foarte rară înainte de 30 ani) şi este bilaterală în 40% din cazuri.

◆ **Semne şi simptome**
Apare o durere la nivelul regiunii inghinale, al vîrfului femural situat în porţiunea superioară a coapsei (trohanterul

[A 1]) sau la nivelul fesei, cu iradiere în coapsă şi genunchi, care se agravează la mers şi se calmează la repaus (durere de tip mecanic).

Investigaţii

Există o discordanţă între intensitatea simptomelor şi aspectul radiologic: cel mai adesea durere moderată şi modificări importante pe radiografie.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia este în general lentă, cu agravare progresivă sau în puseuri, într-o perioadă de 5–10 ani (uneori evoluţie rapidă în 1–2 ani).

Tratament

Tratamentul medical este paliativ şi vizează întîrzierea evoluţiei în aşteptarea montării unei proteze totale de şold, care dă rezultate bune în majoritatea cazurilor, pentru o perioadă de 10–15 ani. La pacientul tînăr, cu o formă puţin avansată, o intervenţie chirurgicală specială permite limitarea progresiei leziunilor şi evitarea montării unei proteze.

CRAMPA SCRIITORULUI

Contractură dureroasă şi involuntară a mîinii, care survine după efectuarea unor mişcări specifice, cum ar fi ţinerea unui stilou sau a unui creion pentru a scrie. Cauza este necunoscută. Crampa scriitorului este rezistentă la orice tratament.

CRAMPELE MUSCULARE DE EFORT

Dureri scurte, intermitente, adesea foarte puternice, care urmează frecvent unui efort intens. Afectează muncitorii neantrenaţi sau atleţii. Tratamentul presupune repausul într-un mediu răcoros şi consumul de lichide bogate în sodiu (sare) şi în potasiu (băuturile pentru sportivi sînt adaptate, dar scumpe; sucul de portocale la care se adaugă puţină sare – ceea ce nu îi modifică decît puţin gustul – este suficient).

CREST (SINDROMUL)

Boală ce afectează toate organele, în special pielea, atacînd ţesutul conjunctiv, care reprezintă reţeaua de susţinere ce înconjoară celulele. Ţesutul îşi pierde astfel elasticitatea şi se întăreşte: se vorbeşte în acest caz de scleroză. Se asociază:

C: depozite de calciu sub piele la nivelul extremităţilor degetelor sau în zonele unde oasele sînt proeminente.

R: sindrom Raynaud, caracterizat prin tulburări circulatorii la nivelul degetelor în timpul expunerii la frig.

E: afectarea esofagului cu dificultatea de a înghiţi şi senzaţie de arsuri acide legate de refluxul lichidului conţinut în stomac.

S: sclerodactilie, care reprezintă întărirea pielii degetelor şi retracţia degetelor care iau formă de gheare.

T: telangiectazii, care reprezintă vase dilatate vizibile sub piele.

Reprezintă o formă de sclerodermie.

CREUTZFELDT-JAKOB (BOALA)

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală neurologică caracterizată printr-o distrugere a neuronilor din creier. Este determinată de un agent transmisibil încă neidentificat, numit prion, legat de acumularea unei proteine în celule.

Se disting patru forme:

1. Formele genetice familiale (8% din cazuri).
2. Formele numite iatrogene, întrucît sînt induse de un tratament medical: utilizarea de extracte de origine umană sau de produse contaminate, în special hormon de creştere (5% din cazuri).
3. Formele fără o cauză identificată (peste 85% din cazuri).
4. Varianta nouă legată de encefalopatia spongiformă bovină („boala vacii nebune"), pînă în prezent foarte rară.

◆ **Frecvenţă**

Pînă în 1996 se înregistra anual un caz la un milion de locuitori, cu o vîrstă de debut între 55 şi 75 ani. Forma asociată encefalopatiei spongiforme bovine afectează persoane tinere; pînă în prezent au fost diagnosticate mai puţin de 100 de cazuri, dar incertitudinea privind in-

tervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (10, 20 ani sau mai mult) face ca numărul de cazuri viitoare să poată varia în limite foarte largi.

◆ **Semne şi simptome**

Instalarea semnelor este rapidă. Se produce o deteriorare mentală evoluînd rapid spre demenţă, însoţită de semne neurologice variate.

◆ **Investigaţii**

Prezenţa anumitor markeri în lichidul cefalorahidian extras prin puncţie lombară permite orientarea spre acest diagnostic. Electroencefalograma (înregistrarea activităţii electrice a creierului) şi tomografia computerizată completează bilanţul, dar numai examenul microscopic al unui eşantion de ţesut din creier (biopsie sau autopsie) permite afirmarea cu certitudine a diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este foarte rapidă, cu declin spre imobilizare la pat, dependenţă totală şi deces într-un interval mediu de 5 luni.

◆ **Tratament**

Nu există nici un tratament. Măsurile se limitează la îngrijirea bolnavului, dependent total.

◆ **Prevenţie**

Prevenţia necesită controlul surselor de material biologic potenţial infecţios (produse de origine umană sau animală, instrumente aflate în contact cu aceste produse). Nici un procedeu de decontaminare nu s-a dovedit a fi complet eficient, fiind recomandată distrugerea tuturor instrumentelor chirurgicale contaminate.

CRI DU CHAT SAU STRIGĂT DE PISICĂ (BOALA)

Ansamblu de malformaţii determinate de pierderea unui fragment din cromozomul 5. O caracteristică a acestei boli este ţipătul ascuţit, asemănător mieunatului unui pisoi („cri du chat" înseamnă în franceză „ţipăt de pisică") care apare foarte devreme la nou-născut şi persistă cîteva săptămîni, după care dispare. Copiii afectaţi prezintă anomalii ale craniului şi ale feţei (cap mic, faţă în lună plină, distanţa dintre ochi excesiv de mare etc.), retard mental, talie mică şi malformaţii cardiace. Supravieţuirea pînă la vîrsta adultă este frecventă.

CRIGLER-NAJJAR (SINDROMUL)

Boală genetică rară legată de o anomalie a transformării bilirubinei, un pigment al bilei, care duce la acumularea acesteia în sînge. Se manifestă prin icter (coloraţie galbenă a pielii) prezent la naştere. Există două forme cu gravitate diferită: în tipul I anomalia este completă, dar transmiterea este numită recesivă, ceea ce înseamnă că pentru ca şi copilul să fie afectat este necesar ca ambii părinţi (la care boala poate să nu se manifeste) să transmită gena deficientă. În tipul II anomalia este parţială, dar transmiterea este numită dominantă, ceea ce înseamnă că este suficient ca doar unul dintre părinţi să transmită gena deficientă pentru ca şi copilul să fie bolnav.

- În **tipul I** există un risc de afectare cerebrală (icter nuclear) şi de deces în primul an de viaţă; tratamentul constă în expunerea la ultraviolete (care transformă bilirubina într-un produs netoxic) şi în schimbarea sîngelui pentru eliminarea bilirubinei aflate în exces (exsangvinotransfuzia).
- **Tipul II** permite supravieţuirea pînă la vîrsta adultă fără tulburări neurologice; administrarea de fenobarbital permite reducerea icterului prin stimularea enzimei care transformă bilirubina şi care este deficitară în această boală.

CRIOGLOBULINEMIILE

Prezenţa în sînge a uneia sau mai multor imunoglobuline (anticorpi prezenţi în mod normal în sînge) care precipită prin răcire şi se dizolvă prin încălzire. Această anomalie provoacă leziuni şi chiar obstrucţii ale vaselor, care nu antrenează întotdeauna simptome şi semne vizibile. Semnele cele mai frecvente sînt apariţia pe piele a unor mici puncte roşii (pur-

pura), tulburările circulatorii la nivelul degetelor, declanşate de expunerea la frig (sindromul Raynaud), afectarea renală (glomerulonefrita) şi neurologică (neuropatia senzitivo-motorie). Crioglobulinemiile sînt asociate aproape întotdeauna unor boli specifice: boala Waldenström, mielom multiplu, boli autoimune (lupus, poliartrită reumatoidă etc.), boli infecţioase virale, bacteriene şi parazitare. Tratamentul aplicat în formele severe constă într-o epurare a sîngelui (plasmafereză). Interferonul alfa este eficient în formele legate de hepatita C.

CRIPTOCOCOZA

◆ Definiţie şi cauza

Infecţie produsă de o ciupercă, *Cryptococcus neoformans*, care pătrunde în organism prin plămîni şi atacă sistemul nervos, în special creierul.

◆ Frecvenţă

Apare cel mai adesea la indivizi ale căror mecanisme de apărare a organismului sînt slăbite (imunodeprimaţi, în special bolnavi de SIDA).

◆ Semne şi simptome

Semnele sînt legate de infecţia meningelui şi a creierului (meningoencefalită): dureri de cap, greaţă, tulburări ale stării de conştienţă, tulburări de vedere şi convulsii. Afectarea pulmonară se poate traduce printr-o dificultate în respiraţie, progresivă şi severă (sindrom de detresă respiratorie acută).

◆ Investigaţii

Ciuperca poate fi detectată în lichidul cefalorahidian extras prin puncţie lombară (examen imediat) sau în sînge (efectuare de culturi, ceea ce presupune un timp mai lung pînă la obţinerea rezultatului). Urme ale infecţiei pot fi evidenţiate de asemenea prin detectarea anticorpilor în sînge, lichid cefalorahidian, urină sau lichid de lavaj alveolar (lichid introdus în bronhii şi ulterior aspirat, în timpul unei bronhoscopii).

◆ Evoluţie şi complicaţii

Este o boală gravă, care poate fi mortală, mai ales în caz de afectare pulmonară cu detresă respiratorie.

◆ Tratament

Antibioticele utilizate sînt amfotericina B, cu sau fără flucitozină. Pentru infecţia apărută la un pacient cu SIDA este necesar un tratament de întreţinere cu fluconazol.

CRIPTORHIDIA SAU ECTOPIA TESTICULARĂ

◆ Definiţie şi cauze

Poziţie anormală a unuia sau a ambelor testicule, care lipsesc din scrot, deoarece nu s-a produs coborîrea lor în timpul dezvoltării fetusului; duce la o anomalie de dezvoltare a acestora.

◆ Frecvenţă

Este o anomalie prezentă de la naştere (congenitală) care afectează 1% din băieţii în vîrstă de un an şi aproape o treime din prematuri.

◆ Semne şi simptome

În 80% din cazuri testiculele pot fi palpate într-o zonă situată în regiunea inghinală sau mai sus de scrot. În alte cazuri este necesară efectuarea unui bilanţ hormonal pentru verificarea sexului copilului şi pentru a şti dacă există eventual testicule funcţionale în abdomen.

◆ Investigaţii

Sînt inutile, exceptînd bilanţul hormonal deja amintit.

◆ Evoluţie şi complicaţii

Testiculul coboară spontan în circa jumătate din cazuri înaintea vîrstei de 3 luni şi în 2/3 din cazuri înaintea vîrstei de un an. În celelalte cazuri acesta trebuie coborît în scrot pînă la vîrsta de 2 ani, pentru a limita riscul de sterilitate şi de transformare în cancer.

◆ Tratament

Este vorba despre o intervenţie chirurgicală simplă, constînd în coborîrea şi fixarea testiculului în poziţie corectă (orhidopexie), între vîrsta de 6 luni şi 2 ani.

◆ Prevenţie

Localizarea normală a testiculelor trebuie verificată sistematic la nou-născut de către personalul medical, dar şi părinţii pot verifica acest lucru.

CROHN (BOALA)

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală care se traduce printr-o inflamaţie a tubului digestiv, afectînd în general ultima porţiune a intestinului subţire şi colonul [A 12-8/13(1)]. Cauza este necunoscută. Leziunile sînt reprezentate de ulcere ale mucoasei, care prin vindecare duc la apariţia unor zone de îngustare a intestinului.

◆ **Frecvenţă**

În Franţa, această boală afectează între 15 000 şi 20 000 persoane. În 5–10% din cazuri este vorba de o formă familială de boală. Boala debutează în majoritatea cazurilor înainte de 30 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele cele mai frecvent sînt: diareea cronică, durerile abdominale, febra, scăderea poftei de mîncare, pierderea în greutate şi durerea surdă în porţiunea inferioară a abdomenului, în partea dreaptă (fosa iliacă dreaptă). Uneori tabloul poate mima o apendicită sau o ocluzie intestinală. Sînt posibile şi afectări ale articulaţiilor, pielii şi ochilor.

◆ **Investigaţii**

Examinarea intestinelor se face cu ajutorul colonoscopiei (introducerea prin anus a unui tub prevăzut cu un sistem optic) sau prin radiografie abdominală după ingestia unei substanţe opace, care permite vizualizarea formei intestinelor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia se face în puseuri succesive, în general imprevizibile. Principalele complicaţii sînt ocluzia, perforaţia intestinală cu instalarea peritonitei şi apariţia unor comunicări (fistule) între mai multe anse intestinale sau cu pielea.

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate vizează ameliorarea principalelor simptome: antidiareice (de exemplu loperamidă), antispastice, suspensii de alimentare orală şi nutriţie parenterală (pe cale intravenoasă), antiinflamatorii din clasa salicilaţilor (mesalazină [Pentasa®, Salofalk®, Salozinal®], olsalazină [Dipentum®]) sau corticoizi. Tratamentul chirurgical este indicat în caz de complicaţii: ablaţia segmentelor de intestin lezate trebuie să fie cît mai limitată posibil.

◆ Prevenţie

În caz de puseuri frecvente, este indicată prevenţia prin administrare de salicilaţi sau a unui medicament care slăbeşte mijloacele de apărare ale organismului, azatioprina (Imuran®)

CROMOZOMUL X FRAGIL (SINDROMUL) SAU SINDROMUL MARTIN-BELL

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală familială ereditară, caracterizată printr-o anomalie a cromozomului X, care este „fragil" şi ale cărui braţe se pot rupe. Expresia acestui sindrom este foarte variabilă: astfel, deşi în general fetele, care au doi cromozomi X, transmit boala, dar nu sînt afectate (aşa cum se întîmplă în hemofilie), în această boală pot prezenta semne; invers, băieţii, care au un singur cromozom X, ar trebui să fie afectaţi şi totuşi pot să nu prezinte semne de boală.

◆ **Epidemiologie**

Afectează un băiat din 4000 şi o fată din 8000 şi reprezintă a doua cauză de retard mental în Franţa, după trisomia 21.

◆ **Semne şi simptome**

Asociere de retard mental, în general moderat, cu testicule mărite de volum (macroorhidie), precum şi cu o proeminenţă a bărbiei şi a frunţii, cu urechi mari, depărtate. Există o asociere cu autismul în 10–15% din cazuri, la băieţi.

◆ **Investigaţii**

Cariotipul, examen care analizează numărul şi forma cromozomilor, permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Tratament**

Nu există nici un tratament specific.

◆ **Prevenţie**

Este posibilă depistarea la începutul sarcinii, prin prelevarea unui mic fragment din viitoarea placentă. Pe de altă parte, există un risc de agravare a simptomelor la copiii persoanelor afectate de-a lungul generaţiilor.

CUSHING (SINDROMUL)

Definiţie şi cauze

Boală hormonală caracterizată prin producerea unei cantităţi excesive de cortizol („cortizon") de către glandele suprarenale. În ¾ din cazuri cauza este o tumoră benignă a hipofizei (adenom hipofizar) [A 10-2(2)], glandă situată la nivelul creierului, care produce hormoni ce *stimulează funcţionarea suprarenalelor* [A 10-5(2)]; aceasta determină creşterea în volum a suprarenalelor: se vorbeşte în acest caz de boala Cushing. Mai rar, este vorba despre o tumoră benignă (adenom) sau malignă a suprarenalelor (adenocarcinom corticosuprarenalian) sau chiar de un dezechilibru hormonal secundar unui cancer al altui organ (sindrom paraneoplazic).

Frecvenţă

Acţiune rară. Bărbaţii sînt atinşi mult mai frecvent.

◆ Semne şi simptome

Supraproducţia de cortizol se traduce prin acumularea de grăsime la nivelul feţei şi al gîtului (ceafă de bizon), modificări cutanate, scăderea masei musculare (amiotrofie), pierderea de calciu din oase (osteoporoză), hipertensiune arterială, tulburări psihice. Se produce de asemenea o accentuare a caracterelor de tip masculin (virilizare), tradusă prin distribuţia masculină a părului (hirsutism), precum şi prin modificări ale organelor şi ale funcţiei sexuale.

Investigaţii

Dozarea hormonilor din sînge şi din urină, precum şi testele de stimulare a secreţiei de hormoni permit stabilirea diagnosticului. Tomografia şi scintigrafia (injectarea unei substanţe radioactive care se fixează specific în glandele suprarenale) permit vizualizarea suprarenalelor, în timp ce pentru hipofiză examenul IRM este mai potrivit.

◆ Evoluţie şi complicaţii

În boala Cushing evoluţia este progresivă, cu apariţia unor complicaţii cardiovasculare. În cazul tumorilor maligne ale suprarenalei mortalitatea este din nefericire ridicată, iar supravieţuirea este de scurtă durată.

◆ Tratament

In funcţie de cauză, tratamentul asociază administrarea de medicamente care inhibă secreţia de cortizol (anticortizolice de sinteză), intervenţia chirurgicală şi radioterapia suprarenaliană sau hipofizară.

CUTIS LAXA

Boală ereditară rară, determinată de lipsa unei enzime care duce la dispariţia ţesutului elastic din piele. Se caracterizează printr-o relaxare a pielii, care formează pliuri flasce. Faciesul este dizgraţios, iar nasul este coroiat. La bolnavii sever afectaţi, principalele complicaţii sînt cele respiratorii, cu alterarea structurii ţesutului pulmonar, caracterizată prin distrugerea alveolelor şi formarea de bule de aer (emfizem), avînd răsunet asupra inimii (cord pulmonar cronic). Singurul tratament este chirurgia plastică.

D

CRIOCISTITA

Inflamaţie acută sau cronică a sacului care conţine lacrimile, în general secundară obstrucţiei canalului care permite scurgerea acestora spre fosele nazale. Se manifestă printr-o tumefacţie dureroasă la nivelul unghiului intern al ochiului. Tratamentul constă în spălături locale şi administrarea de antibiotice pe cale generală. Uneori este necesar drenajul, prin dilatarea canalului lacrimal sau intervenţia chirurgicală (derivaţie spre fosele nazale sau scoaterea sacului lacrimal).

FECTUL SEPTAL ATRIAL

Definiţie şi cauze

Malformaţie prezentă de la naştere (congenitală) caracterizată prin persistenţa anormală a unei comunicări între cele două atrii ale inimii [A 7-3/8].

Frecvenţă

Reprezintă 15% din malformaţiile cardiace congenitale, care afectează 7 copii din 1 000. Este de două ori mai frecventă la fete.

Semne şi simptome

Semnele sînt discrete: gîfîială (dispnee de efort) şi suflu care se aude la auscultaţie, la nivelul marginii stîngi a sternului.

◆ **Investigaţii**

Ecografia cardiacă permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Toleranţa este bună la copil şi adolescent. La adult, persistenţa defectului poate antrena tulburări cardiace grave.

◆ **Tratament**

O intervenţie chirurgicală realizată în general în jurul vîrstei de 6–10 ani permite închiderea acestei comunicări.

DEFECTUL SEPTAL VENTRICULAR

◆ **Definiţie şi cauze**

Malformaţie prezentă de la naştere (congenitală) caracterizată printr-o comunicare anormală, de mărime variabilă, între cele două ventricule cardiace [A 7-6/10].

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă 20–25% din malformaţiile cardiace congenitale, care afectează 7 copii din 1000.

◆ **Semne şi simptome**

Forma uşoară se limitează la un suflu ce poate fi auzit la auscultaţia cardiacă. În caz de comunicare importantă, sugarul prezintă un tablou de insuficienţă cardiacă severă, cu accelerarea respiraţiei, transpiraţii, refuzul de a se alimenta şi oprirea creşterii în greutate.

◆ **Investigaţii**

Ecografia cardiacă permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Comunicările de mici dimensiuni se pot închide uneori spontan, pe cînd cele mai importante duc la insuficienţă cardiacă. Bronşitele şi infecţiile pulmonare sînt de asemenea frecvente.

◆ **Tratament**

În cazul în care boala este rău tolerată se impune tratamentul chirurgical. În celelalte cazuri, tratamentul utilizează medicamente care ameliorează activitatea cardiacă.

DEFILEU TORACIC (SINDROMUL DE) SAU SINDROMUL DE COASTĂ CERVICALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Simptome determinate de compresia

vaselor şi a nervilor gîtului şi umărului la nivelul zonei de trecere dintre torace şi braţ, numită defileu toracic. Cauzele sînt reprezentate de: anomalii ale oaselor şi muşchilor din această regiune, traumatisme vechi sau malformaţie existentă de la naştere (coasta cervicală).

◆ **Frecvenţă**

Este mai frecvent la femeile între 35 şi 55 ani.

◆ **Semne şi simptome**

La început apar semne discrete legate de excitarea nervilor (furnicături, dureri etc.), care uneori pot fi puse în evidenţă doar prin manevre de provocare (ţinerea braţului mai mult timp într-o anumită poziţie, ridicarea braţului etc.). Este posibilă apariţia unei sensibilităţi la frig, însoţită de tulburări circulatorii la nivelul mîinilor (sindrom Raynaud).

◆ **Investigaţii**

Radiografiile de gît evidenţiază malformaţia osoasă, iar examenul Doppler (explorare ce utilizează ultrasunete permiţînd vizualizarea fluxului sangvin) evaluează starea circulaţiei din vase.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

O ocluzie a venei printr-un cheag de sînge poate duce la descoperirea acestei afecţiuni şi poate sta la originea unei complicaţii grave, care este embolia pulmonară. Este posibilă evoluţia spre paralizie şi scăderea masei musculare a mîinii.

◆ **Tratament**

Kineziterapia şi tratamentul simptomelor (medicamente care combat durerea etc.) sînt în general suficiente. Tratamentul chirurgical (rezecţia coastei, decomprimarea vaselor şi a nervilor) este necesar în cazul simptomelor de intensitate mai mare.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Pacientul este educat cum să evite situaţiile declanşatoare.

DEGENERESCENŢA MACULARĂ SENILĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Alterarea celulelor nervoase care asigură vederea situate în regiunea centrală a retinei [A 16-10], numită *macula llutea* (pata galbenă) şi responsabilă de percepea detaliilor şi a culorilor. Aparre la persoane peste 65 ani şi este consecinţa accentuării şi accelerării procesului normal de îmbătrînire.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune frecventă. Se prevedle o triplare a numărului de cazuri în următorii 25 de ani.

◆ **Semne şi simptome**

Se produce o scădere a acuităţii vizuale, însoţită de senzaţia de gaură în centrul cîmpului vizual, precum şi de deformarea imaginilor (metamorfopsie).

◆ **Investigaţii**

Cele două explorări care permit stabilirea diagnosticului sînt examenul de fund de ochi (examinarea retinei cu ajutorul unei lupe prevăzute cu o sursă de lumină, după dilatarea pupilei cu ajutorul unui colir) şi angiografia cu fluoresceină (vizualizarea vaselor din retină prin injectarea unui colorant, fluoresceina).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Agravarea este progresivă, cel mai adesea bilaterală, cu un decalaj de cîteva luni sau ani.

◆ **Tratament**

Un medicament apărut relativ recent, verteporfina (Visudyne®), reprezintă un progres important. Asociat tratamentului cu laser (fototerapia dinamică), acesta permite încetinirea considerabilă a progresiei bolii într-un anumit număr de cazuri.

DEGERĂTURILE

◆ **Definiţie şi cauze**

Leziuni ale ţesuturilor provocate de expunerea la temperaturi mai mici sau egale cu 0°C.

◆ **Frecvenţă**

Apare frecvent la cei ce practică sporturi montane.

◆ **Semne şi simptome**

Degerăturile sînt localizate cel mai frecvent la nivelul extremităţilor (degete, nas, urechi). Iniţial, regiunile afectate devin progresiv amorţite şi insensibile.

La reîncălzire apar durere, roşeaţă cu tumefacţie (edem) şi bule pline cu un lichid hemoragic.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

In formele grave evoluţia se face spre moartea ţesuturilor (necroză şi gangrenă), care pot necesita amputaţie.

◆ **Tratament**

In formele superficiale, tratamentul constă în încălzirea rapidă (baie la 30–40°C), medicamente împotriva durerii (analgezice) şi pentru dilatarea vaselor (vasodilatatoare, care ameliorează circulaţia). În cazul degerăturilor profunde, tratamentul este mai complex şi necesită adesea îndepărtarea chirurgicală a ţesuturilor moarte (după cîteva săptămîni de evoluţie).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Măsurile de prevenţie presupun protejarea feţei şi a extremităţilor împotriva vîntului şi a umezelii, consumul de lichide şi alimente în cantităţi suficiente pentru a susţine producţia de căldură de către organism, încălzirea imediată a părţilor amorţite de frig etc.

DELIRIUM TREMENS

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburări determinate de întreruperea bruscă a consumului de alcool la un alcoolic cronic. Întreruperea poate fi voluntară sau legată de o infecţie, de internarea într-un spital, de executarea unei pedepse cu închisoarea etc.

◆ **Frecvenţă**

5–6% dintre alcoolici dezvoltă un episod de delirium tremens.

◆ **Semne şi simptome**

Stadiul iniţial (predelirium) durează între 24 şi 48 de ore şi se manifestă prin insomnie, coşmaruri, transpiraţii abundente, precum şi tulburări de dispoziţie şi de vigilenţă. Este posibilă apariţia convulsiilor. În stadiul de delirium apar tulburări de gîndire (obnubilare), dezorientare, delir însoţit de halucinaţii (zoopsii, adică vederea de animale mici, înfricoşătoare), care provoacă agitaţie, angoasă şi insomnie. Apar, de asemenea, tremurături. Semnele generale sînt zgomotoase: transpiraţii, febră, accelerarea pulsului (tahicardie), hipertensiune arterială, accelerarea respiraţiei (polipnee), deshidratare.

◆ **Investigaţii**

Bilanţul sangvin evaluează gradul de deshidratare. Nivelul alcoolemiei este zero.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este în general favorabilă sub tratament în cîteva zile. Viaţa bolnavului poate fi pusă în pericol prin traumatisme legate de un comportament periculos (defenestrare, violenţă fizică etc.), prin infecţii grave (în special pulmonare) sau prin afectarea severă a activităţii cardiace ca urmare a deshidratării.

◆ **Tratament**

Pacientul trebuie internat în spital şi plasat într-o încăpere izolată şi bine iluminată. Tratamentul constă în: rehidratarea masivă prin perfuzii şi aport de vitamine din complexul B, administrarea de calmante (benzodiazepine, de exemplu clorazepam, diazepam) şi eventual un medicament utilizat de obicei ca antihipertensiv (clonidina). Unii medici recomandă chiar administrarea de vin, atunci cînd spitalizarea nu are ca scop tratarea dependenţei de alcool, pentru a evita efectele adverse ale medicamentelor utilizate, în special calmante.

◆ **Prevenţie**

Tratamentul preventiv se impune în toate situaţiile care antrenează sevrajul la un individ dependent de alcool. Acesta se bazează pe aceleaşi principii ca şi tratamentul curativ (hidratare, vitamine, calmante, consum de vin).

DENGA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie transmisă de ţînţari şi produsă de un virus din familia arbovirusurilor. Intervalul de timp dintre înţepătură şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de circa o săptămînă.

◆ **Frecvenţă**

Este prezentă permanent (se vorbeşte în acest caz de endemie) în regiunile tropicale şi subtropicale, cu apariţia periodică de epidemii. Boala afectează din ce în ce mai mulţi turişti.

◆ **Semne şi simptome**

Boala se declanşează brusc, cu febră, dureri de cap, apatie, dureri articulare şi musculare intense, mărirea ganglionilor şi apariţia, din a doua zi, a unei erupţii cutanate de culoare roşie. După o scurtă ameliorare se reia simptomatologia, care se va şterge ulterior lent, în circa o săptămînă.

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine pot evidenţia semne de gravitate, în special tulburări de coagulare şi scăderea numărului de plachete sangvine (trombocitopenie).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este cel mai adesea favorabilă în circa o săptămînă, persistînd însă o astenie fizică importantă. Principalele complicaţii sînt forma hemoragică (cu hemoragii la nivelul pielii şi al mucoaselor, precum şi la nivelul tubului digestiv) şi forma însoţită de stare de şoc, care poate fi uneori mortală.

◆ **Tratament**

Ca în majoritatea infecţiilor virale, tratamentul se limitează la ameliorarea simptomelor, mai ales a febrei şi a durerilor.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia constă în protejarea împotriva ţînţarilor (substanţe care îndepărtează ţînţarii, plase impregnate cu astfel de substanţe, haine largi etc.)

DEPRESIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburare de dispoziţie caracterizată printr-o stare de tristeţe. Clasificarea este controversată, dar se disting în principal:

1. Depresia din cadrul psihozei maniaco-depresive.
2. Tulburarea depresivă majoră, cu unul sau mai multe episoade depresive severe.
3. Depresiile secundare din cadrul unor afecţiuni de altă natură decît psihiatrică.
4. Depresiile reactive, apărute în urma unui eveniment traumatizant.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă cea mai frecventă afecţiune psihică. Probabilitatea de a dezvolta o depresie în cursul vieţii este de 10% la bărbaţi şi de peste 20% la femei.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele simptome sînt reprezentate de o modificare a dispoziţiei (viziune pesimistă asupra lumii, dezinteres), de senzaţia de „a nu avea chef de nimic" (inhibiţie psihomotorie) şi de semne numite somatice (din grecescul *soma*, care înseamnă „corp"), întrucît afectează corpul şi nu psihicul (tulburări de somn, scăderea poftei de mîncare, scăderea libidoului). Frecvent se asociază o stare de anxietate.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul este stabilit de medic pe baza anamnezei (discuţia cu pacientul) şi a aspectului general al pacientului. Alte investigaţii sînt necesare numai dacă se suspectează alte boli.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalul risc este cel de sinucidere. Episodul depresiv se instalează într-o perioadă de cîteva zile pînă la cîteva săptămîni; poate fi unic, recidivant (în peste 50% din cazuri) sau poate deveni cronic.

◆ **Tratament**

În majoritatea cazurilor, administrarea de medicamente antidepresive şi psihoterapia sînt suficiente. În formele mai severe este necesară internarea în spital, uneori cu privarea de libertate (spitalizarea la cererea unui terţ: certificat semnat de un membru al familiei sau din anturaj şi certificat medical). Şocurile electrice (sismoterapia sau electroterapia) sînt eficiente în unele cazuri de depresie severă.

◆ **Prevenţie**

În caz de episoade recidivante, este util tratamentul medicamentos preventiv. Întreruperea tratamentului va trebui realizată întotdeauna progresiv, pentru evitarea recidivelor.

DERMATOFIŢII

Grup de infecţii ale pielii produse de unele ciuperci, dermatofitel (*Microsporum, Trichophyton, Epidermophyton* etc.), care nu colonizează decît ţesuturile moarte din piele, unghii şi păr. Transmi-

terea se face de la om sau de la animal. Formele cele mai frecvente sînt: herpesul circinat, piciorul atletului, onicomicoza, tinea cupitis (infecţia pielii păroase a capului), eczema marginată de Hebra şi sicozisul bărbii.

DERMATITA ATOPICĂ [D2] SAU ECZEMA ATOPICĂ SAU SINDROMUL KAPOSI-JULIUSBERG

Definiţie şi cauze

Afecţiune a pielii caracterizată printr-o inflamaţie cronică şi/sau recidivantă. Foarte frecvent există o predispoziţie ereditară. Cauza principală este sensibilizarea indivizilor predispuşi genetic la un număr tot mai mare de alergeni, într-un mediu din ce în ce mai poluat.

Frecvenţă

Se constată, în ultimii 30 ani, o creştere continuă a numărului de persoane afectate: 15% dintre copii (de la naştere pînă la vîrsta de 7 ani), cu o uşoară preponderenţă la sexul feminin.

Semne şi simptome

1. **Sugar:** debut în jurul vîrstei de 2–3 luni; eczemă roşie cu prezenţa unor vezicule, din care se scurge o secreţie adesea abundentă, determinînd copilul să se scarpine în continuu; leziunile predomină la nivelul feţei, fără a atinge nasul şi zona din jurul gurii, cu posibilitatea extinderii la nivelul trunchiului şi membrelor respectînd plicile.
2. **Copil şi adult:** frecvent urmează unei forme a sugarului, dar există şi forme cu debut tardiv; topografia este adesea inversată, cu atingerea pliurilor (coate si genunchi), a capului şi a mameloanelor; întinderea leziunilor este mai redusă şi apare o modificare a aspectului pielii, care se îngroaşă şi devine cenuşie (lichenificare), din cauza scărpinatului provocat de mîncărimi.

◆ **Investigaţii**

Sînt inutile.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia la sugar se face în puseuri care apar spontan sau sînt declanşate de ieşirea unui dinte sau de tulburări digestive. Dispariţia semnelor se produce în 90% din cazuri spre vîrsta de 3 ani. În formele cu debut tardiv prognosticul este mai puţin favorabil.

O complicaţie redutabilă este reprezentată de suprainfectarea cu virusul herpetic, care produce sindromul Kaposi-Juliusberg, constînd din leziuni de eczemă care se transformă în pustule însoţite de hemoragii, febră şi alterarea stării generale. În acest caz este necesar un tratament antiviral de urgenţă.

◆ **Tratament**

Se combat infecţiile (antiseptice locale, antibiotice), inflamaţia (corticoizi în administrare locală) şi uscăciunea pielii.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Este necesară evitarea textilelor iritante, expunerea la fumul de ţigară, contactul cu animalele domestice, umezeala şi praful; sînt necesare, de asemenea, evitarea supraîncălzirii locuinţei şi utilizarea de cuverturi de pat antiacarieni. Se recomandă alăptarea prelungită la sîn a sugarului, fără diversificare alimentară precoce. Vaccinările trebuie făcute în afara puseurilor şi trebuie evitat orice contact cu persoanele care prezintă un puseu de herpes.

DERMATITA DE CONTACT SAU (VEZI) ECZEMA DE CONTACT

DERMATITA HERPETIFORMĂ SAU BOALA DÜHRING-BROCQ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală cronică a pielii caracterizată printr-o erupţie cu vezicule, a cărei particularitate este reprezentată de prezenţa unor depuneri de anticorpi de un anumit tip (imunoglobuline A), vizibile la microscop pe eşantioanele prelevate de la nivelul leziunilor. Cauza exactă rămîne necunoscută, dar în mod cert la originea bolii se află o disfuncţie a mecanismelor de apărare ale organismului, care se în-

torc împotriva acestuia (se vorbeşte în acest caz de mecanisme autoimune). Este foarte frecventă asocierea cu o afecţiune digestivă provocată de intoleranţa la o proteină conţinută în cereale (boala celiacă).

◆ **Frecvenţă**

Această boală poate apărea la orice vîrstă, dar afectează în special persoanele cu vîrste cuprinse între 15 şi 60 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Leziunile sînt reprezentate de placarde supradenivelate, roşii, acoperite la periferie de mici bule pline cu lichid (vezicule) însoţite de mîncărimi. Distribuţia leziunilor este caracteristică: pe faţa externă a membrelor superioare şi pe faţa anterioară a membrelor inferioare, pe fese, umeri, faţă. Nu sînt rare leziunile de la nivelul gurii.

◆ **Investigaţii**

Examinarea la microscop a unui eşantion de piele (biopsia cutanată) confirmă diagnosticul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este cronică şi impune un tratament pe termen lung.

◆ **Tratament**

Medicamentul de bază este dapsona (Dapsone®, Disulone®), care duce la regresia leziunilor şi calmarea mîncărimilor în cîteva zile (dar prezintă în acelaşi timp toxicitate sanguină, necesitînd supraveghere). Ulterior este necesar un tratament de întreţinere. La anumiţi indivizi, un regim fără gluten (proteină conţinută în cereale) permite reducerea dozelor sau chiar întreruperea administrării de medicamente.

DERMATITA SEBOREICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală a pielii caracterizată printr-o inflamaţie, însoţită de desprinderea de lambouri (fîşii) de piele moartă, grasă (descuamare). Afectează pielea păroasă a capului, faţa şi uneori alte regiuni. Termenul „seboreică“ provine de la „sebum“, termen care desemnează „grăsimea“ cu rol protector produsă de glandele din piele. Cauza este necunoscută. Unii factori genetici şi climaterici par să influenţeze apariţia şi gravitatea afecţiunii (iarna are loc de obicei o agravare).

◆ **Frecvenţă**

Afectează frecvent sugarul în primele trei luni de viaţă, dar în egală măsură şi adultul, mai ales sexul masculin.

◆ **Semne şi simptome**

Apar placarde roşii-gălbui, grase, uneori însoţite de mîncărimi, situate la nivelul pielii păroase a capului, feţei (la limita cu pielea păroasă, în spatele urechilor, pe sprîncene, rădăcina şi aripile nasului etc.) şi pe stern. La sugari, leziunile pot fi foarte pronunţate la nivelul capului, vorbindu-se în acest caz de o „cască seboreică“.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt: infectarea leziunilor şi, în mod excepţional, generalizarea la întreaga suprafaţă a pielii (boala Leiner-Moussous). Uneori poate apărea secundar psoriazis, la copiii proveniţi din familii în care şi alţi membri sînt afectaţi de această boală. La adult, puseurile sînt favorizate de anxietate şi stres, pe cînd în concedii apare frecvent o ameliorare.

◆ **Tratament**

Cuprinde utilizarea de şampoane pe bază de sulfură de seleniu, sulf sau gudron, precum şi de corticoizi în aplicare locală. Antibioticele împotriva ciupercilor (antifungicele) sub formă de cremă sau pomadă sînt uneori eficiente.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Evitarea factorilor declanşatori şi expunerea la soare au un efect benefic, reducînd frecvenţa puseurilor la adult.

DERMATOMIOZITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală care afectează muşchii şi pielea, caracterizată printr-o inflamaţie şi o alterare a ţesuturilor (degenerescenţă). Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Această afecţiune nu este rară şi se întîlneşte de două ori mai frecvent la femei decît la bărbaţi. Se poate întîlni la orice vîrstă, dar apare în special la adulţi între 40 şi 60 ani şi la copii între 5 şi 15 ani.

Semne şi simptome
Apare o slăbiciune musculară: bolnavul are dificultăţi în a ridica braţele deasupra capului, în a urca treptele, în a se ridica de pe scaun; poate avea dificultăţi la înghiţit etc. Erupţia cutanată este alcătuită din zone de culoare roşu închis, tumefiate, care predomină pe zonele descoperite ale pielii. Uneori se asociază dureri articulare şi tulburări de circulaţie la nivelul degetelor, declanşate de frig (sindrom Raynaud).

Investigaţii
Analizele sangvine arată semne de inflamaţie (creşterea vitezei de sedimentare a hematiilor [VSH]) şi semne de suferinţă a celulelor musculare (creşterea nivelului enzimelor musculare, în special CPK). Numeroşi pacienţi prezintă anticorpi orientaţi împotriva timusului.

Evoluţie şi complicaţii
Prognosticul este în general bun, dar în 10% din cazuri boala se poate asocia cu un cancer. Principalele complicaţii sînt cele pulmonare, cardiace şi hemoragice.

Tratament
Corticoizii în doze mari sînt eficienţi în majoritatea cazurilor. Imunoglobulinele polivalente pot fi, de asemenea, utilizate. În caz de eşec şi în formele grave, schimbarea sîngelui (plasmafereza) este uneori eficientă.

DERMOGRAFISMUL

Formă particulară de urticarie caracterizată prin apariţia unei umflături pe o zonă de frecare; „scrisul" pe piele cu ajutorul unui un ac bont poate duce la apariţia unor litere în relief. Trebuie recomandată evitarea căldurii excesive, a masajelor şi fricţiunilor inutile în timpul toaletei zilnice. Medicamentele de primă alegere sînt antihistaminicele şi hidroxizina (Atarax®, Hidroxizin).

DESHIDRATAREA ACUTĂ A SUGARULUI

◆ **Definiţie şi cauze**
Pierdere rapidă a apei şi sărurilor dizolvate în ea, numite şi electroliţi (sodiu, potasiu etc.), cu răsunet asupra stării generale a sugarului. Gastroenteritele, în care pierderile sînt consecinţa vărsăturilor şi diareei, reprezintă 90% din cazuri. În celelalte cazuri cauza este reprezentată de febră, hipertermie (şoc termic) sau, mai rar, de o afecţiune renală, cu eliminarea unor cantităţi prea mari de urină.

◆ **Frecvenţă**
Reprezintă una dintre cele mai frecvente urgenţe apărute la sugari. Progresele înregistrate în tratamentul diareilor acute au dus la scăderea gravităţii cazurilor în ultimii ani.

◆ **Semne şi simptome**
Diareea şi/sau vărsăturile domină cel mai adesea tabloul clinic. Semnele principale ale deshidratării sînt reprezentate de scăderea în greutate (gravă dacă depăşeşte 10% din greutatea iniţială), persistenţa pliului cutanat (pielea rămîne un timp încreţită atunci cînd este ciupită), înfundarea ochilor în orbite, deprimarea fontanelei (zona din partea anterioară a craniului, care în primele luni de viaţă nu este acoperită cu os, ci cu o membrană care în mod normal este uşor tensionată), setea intensă, uscăciunea gurii, apatie şi eventual febră.

◆ **Investigaţii**
Cîntărirea este indispensabilă pentru evaluarea şi urmărirea greutăţii. Efectuarea unui bilanţ sangvin este necesară în cazurile grave (ionogramă sangvină şi urinară, gaze sangvine, glicemie şi calcemie).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Evoluţia este în general bună, dacă tratamentul este instituit precoce. Semnele de gravitate sînt: tulburările stării de conştienţă, convulsiile şi colapsul cardiovascular (scăderea tensiunii arteriale, răcirea mîinilor şi a picioarelor, accelerarea pulsului), care pot duce uneori la deces sau pot lăsa sechele, în special neurologice, mai ales la copilul sub o lună.

◆ **Tratament**
Se bazează pe rehidratare: orală (soluţii de rehidratare de tip OMS) în cazurile simple, sau pe cale intravenoasă în formele mai grave.

◆ **Educaţie**
Instruirea părinţilor trebuie să insiste

asupra necesităţii prezentării rapide la medic în caz de tulburări digestive la un sugar, însoţite de refuzul total al alimentaţiei; de asemenea, părinţii trebuie învăţaţi să utilizeze soluţii de rehidratare.

DESHIDRATAREA ACUTĂ PRODUSĂ DE CĂLDURĂ (EPUIZAREA PRIN CĂLDURĂ)

Accident avînd la origine o pierdere excesivă de apă, cu dificultatea organismului şi în special a circulaţiei de a se adapta în faţa unor temperaturi ambiante ridicate. Este frecvent la persoanele vîrstnice care nu consumă suficiente lichide şi care urmează tratamente cu medicamente ce stimulează eliminarea de urină (diuretice, utilizate în special pentru scăderea tensiunii arteriale). Principalele semne sînt oboseala, cu incapacitatea de a depune cel mai mic efort, setea, ameţelile, pielea umedă şi rece, pulsul slab, precum şi scăderea tensiunii la ridicarea în picioare, antrenînd pierderea bruscă de conştienţă (hipotensiune ortostatică). Evoluţia este în general rapid favorabilă sub tratament adecvat, care constă în repaus în poziţie culcată într-un spaţiu răcoros, administrarea de băuturi cu un conţinut suficient de sare (se adaugă o lingură de sare la un litru de suc de fructe) sau, în cazurile mai grave, administrarea de perfuzii.

DESMODONTITA APICALĂ CRONICĂ SAU (VEZI) GRANULOMUL DENTAR APICAL

DEZLIPIREA DE RETINĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Leziune gravă a retinei [A 16-10] determinată de desprinderea celulelor nervoase (care o alcătuiesc şi care asigură vederea) de stratul de celule situat sub ele. Începe printr-o ruptură, urmată de o dezlipire mai mult sau mai puţin întinsă. Dezlipirea afectează în general un singur ochi; principalii factori favorizanţi sînt miopia severă, lipsa cristalinului, tumorile învelişului care înconjoară ochiul (coroida) şi traumatismele oculare. Uneori există antecedente familiale.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune relativ frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele premergătoare sînt reprezentate de: senzaţia de muşte în faţa ochilor, scîntei, luminiţe (fosfene). În stadiul de dezlipire apare senzaţia de văl negru, îngustarea progresivă a cîmpului vizual şi slăbirea vederii.

◆ **Investigaţii**

Examenul fundului de ochi, realizat cu ajutorul unei lupe speciale cu sursă de lumină (oftalmoscop), după dilatarea pupilei (prin aplicarea unui colir), permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este legat de timpul scurs de la dezlipire pînă la începerea tratamentului. Tratamentul trebuie început cît mai repede posibil, deşi rezultatul poate fi uneori mediocru, existînd riscul de pierdere a vederii (cecitate). Recidivele sînt frecvente.

◆ **Tratament**

Realipirea cu ajutorul laserului, încă în stadiul de ruptură, poate preveni dezlipirea. În stadiul de dezlipire tratamentul este chirurgical.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Subiecţii cu risc trebuie supuşi periodic unui examen de fund de ochi şi trebuie să cunoască semnele de dezlipire pentru a putea beneficia de tratament înainte ca leziunile să devină prea grave.

DIABETUL INSIPID

◆ **Definiţie şi cauze**

Pierdere excesivă de lichid prin urină, din cauza producerii insuficiente sau a rezistenţei rinichilor la acţiunea hormonului antidiuretic (ADH produs de hipofiză, o glandă situată în creier), care asigură în mod normal reglarea volumului de urină. Cauzele sînt legate de o anomalie a hipofizei [A 10] (tumoră, traumatism, intervenţie chirurgicală etc.) sau de o anomalie renală.

Frecvenţă

Este o boală cu frecvenţă redusă.

Semne şi simptome

Debutul este în general brusc, cu eliminarea unor cantităţi mari de urină (poliurie) însoţită de încercarea de a compensa prin consumul unor cantităţi mari de lichide (polidipsie). Volumul de urină poate depăşi 10 litri/zi.

Investigaţii

Analizele de urină arată că aceasta este foarte diluată (mai multă apă şi puţine săruri). Testul de restricţie hidrică (limitarea volumului de lichide consumate) permite stabilirea diagnosticului, evidenţiind lipsa concentrării urinei.

Evoluţie şi complicaţii

Principala complicaţie este deshidratare, care poate duce la tulburări ale stării de conştienţă, în caz de necompensare a pierderilor printr-un aport de lichide suficient (pe cale orală sau prin perfuzii).

Tratament

Medicamentele utilizate variază în funcţie de sediul tulburării. Cînd este afectată hipofiza, desmopresina (Minrin®, Adiuretin®) este tratamentul de primă alegere. În formele parţiale, clofibratul (Lipavlon®) şi carbamazepina stimulează secreţia de hormon antidiuretic. În diabetul insipid secundar unei tulburări renale, se utilizează diuretice (medicamente care stimulează eliminarea de urină), limitarea aportului de sare şi inhibitori ai sintezei de prostaglandine (indometacină).

DIABETUL ZAHARAT INSULINODEPENDENT SAU DE TIP I

◆ **Definiţie şi cauze**

Prezenţa permanentă a unei concentraţii mari de glucoză în sînge (hiperglicemie). Cauza este producţia insuficientă de insulină, hormon secretat de pancreas şi care permite celulelor să utilizeze glucoza drept „combustibil". Cauza acestei disfuncţii a pancreasului (a distrugerii celulelor care produc insulina) este necunoscută. Riscul de a dezvolta boala este crescut în cazul existenţei unor antecedente familiale.

◆ **Frecvenţă**

Boală relativ frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne care duc la descoperirea bolii sînt:

1. Creşterea volumului de urină (poliurie) la 3–4 litri/zi, determinată de pierderile de glucoză (pentru a elimina excesul de glucoză, rinichiul creşte volumul de urină).
2. Creşterea consumului de lichide (polidipsie), ca urmare a pierderilor de apă.
3. Scăderea în greutate şi uneori creşterea aportului de alimente.

Boala poate fi descoperită de asemenea cu ocazia unei complicaţii acute numită cetoacidoză, determinată de utilizarea de către celule a grăsimilor pe post de combustibil, ceea ce duce la producerea de reziduuri (metaboliţi) acide, şi anume corpii cetonici.

◆ **Investigaţii**

Concentraţia de glucoză în sînge este în permanenţă crescută şi depăşeşte adesea 2 g/l (sau 11 mmol/l). Frecvent se asociază o creştere a concentraţiei de grăsimi (hipertrigliceridemie sau hipercolesterolemie). Măsurarea concentraţiei de hemoglobină glicozilată (în caz de supraîncărcare a sîngelui cu glucoză, aceasta se fixează pe hemoglobină) permite aprecierea gradului de echilibrare a diabetului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Complicaţiile pe termen lung, în cazurile netratate sau incorect tratate, sînt:

1. Leziuni oculare, cu risc de pierdere a vederii (retinopatie diabetică).
2. Afectare renală, evoluînd spre insuficienţă renală.
3. Afectare nervoasă, cu tulburări prezente în special la nivelul gambelor (neuropatie diabetică).
4. Afectarea vaselor (coronaropatie cu risc de infarct, arteriopatie a membrelor inferioare cu risc de amputaţie, accident vascular cerebral, picior diabetic, cu răni care se cicatrizează cu mare dificultate).

Diabeticul este, de altfel, mai sensibil la infecţii. Prognosticul este legat direct de

echilibrul concentrației de glucoză în sînge și de vechimea bolii.

◆ **Tratament și educație**

Tratamentul constă în: măsuri dietetice (regim alimentar etc.), exercițiu fizic și administrarea de insulină. Educarea diabeticului este esențială pentru prevenirea complicațiilor acute și cronice: autoinjectarea de insulină, autocontrolarea glicemiei; adaptarea dozelor de insulină în funcție de activitatea fizică, de bolile apărute, de călătorii, măsuri dietetice etc.

DIABETUL ZAHARAT INSULINOINDEPENDENT SAU DE TIP II

◆ **Definiție și cauze**

Anomalie de utilizare a glucozei de către organism, tradusă printr-o concentrație crescută a glucozei în sînge (glicemia), peste 7,8 mmol/l (sau 1,4 g/l) pe nemîncate, la două dozări succesive. Cauza nu este lipsa insulinei (hormon care permite celulelor să utilizeze glucoza drept „combustibil"), ca în diabetul de tip I, ci rezistența celulelor la insulină, aflată în concentrație normală sau chiar crescută în sînge. Originea acestei tulburări nu este complet elucidată, dar există numeroase familii în care diabetul pare a fi determinat de o mutație genetică.

◆ **Frecvență**

Acest tip de diabet este frecvent, afectînd 2% din populație; iar numărul de cazuri crește cu vîrsta. Reprezintă 60–70% din totalul cazurilor de diabet.

◆ **Semne și simptome**

Diabetul este descoperit în general cu ocazia unui control medical de rutină sau a unor analize sangvine efectuate la persoane obeze sau supraponderale.

◆ **Investigații**

Dozarea repetată a glicemiei pe nemîncate, completată eventual de un test de hiperglicemie provocată pe cale orală (ingestia de doze standard de glucoză și măsurarea repetată a glicemiei), permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

Complicațiile pe termen lung, în cazul echilibrării inadecvate prin tratament, sînt:

1. Leziuni oculare, cu risc de pierdere a vederii (retinopatie diabetică).
2. Afectare renală evoluînd spre insuficiență renală.
3. Afectare nervoasă, cu tulburări prezente în special la nivelul gambelor (neuropatie diabetică).
4. Afectarea vaselor (coronaropatie cu risc de infarct, arteriopatie a membrelor inferioare cu risc de amputație, accident vascular cerebral, picior diabetic, cu răni care se cicatrizează cu mare dificultate).

Diabeticul este, de altfel, mai sensibil la infecții. Prognosticul este legat direct de echilibrul concentrației de glucoză și de vechimea diabetului.

◆ **Tratament**

Primele măsuri sînt: scăderea în greutate și exercițiul fizic. Ele sînt completate, atunci cînd se dovedesc a fi insuficiente, de administrarea de medicamente antidiabetice sub formă de comprimate: sulfonamide (Maninil®, Glipizid®, Glurenorm®, Diaprel®, Amaryl® etc.), biguanide (Meguan®, Silubim® etc.) și inhibitori de alfaglucozidază (Glucobay®). Uneori este necesar și tratamentul ulterior cu insulină.

◆ **Prevenție și educație**

Prevenția este cea a complicațiilor, printr-un tratament precoce și adecvat la bolnavii cu risc. Educația sistematică a pacienților cu risc este esențială pentru prevenirea complicațiilor acute și cronice: exercițiu fizic, dietă, autodeterminarea repetată a glicemiei. Cînd pacientul este tratat cu insulină, programele de educație sînt identice cu programele din diabetul de tip I.

DIAREEA ACUTĂ A ADULTULUI

◆ **Definiție și cauze**

Evacuarea de scaune prea abundente, prea lichide și/sau prea frecvente, cu debut mai recent de trei săptămîni. Cauzele sînt reprezentate în principal de infecții și uneori de medicamente sau de

substanțe toxice. De asemenea, diareea poate fi semnul revelator al unei boli intestinale.

Frecvență

Reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, cu 5–10 milioane de morți pe an în lumea a treia; în celelalte țări ea prezintă un risc deosebit pentru persoanele cu stare de sănătate precară și pentru vîrstnici.

Semne și simptome

Se disting diareea cu eliminare de apă (numită hidroelectrolitică) și cea cu mucozități și sînge (sindrom dizenteric).

Investigații

In funcție de cauza suspectată, examenele disponibile sînt: coprocultura (identificarea germenilor prin cultivarea microbilor dintr-o probă de scaun), examenul coproparazitologic (identificarea paraziților din scaun) și endoscopia digestivă (vizualizarea intestinului cu ajutorul unui tub prevăzut cu un sistem optic, introdus prin anus); de cele mai multe ori însă aceste investigații sînt inutile.

Evoluție și complicații

Majoritatea diareilor hidroelectrolitice se vindecă spontan în mai puțin de 3 zile. Formele grave duc la deshidratare (și chiar la anemie în caz de hemoragie), cu posibilitatea instalării unei stări de șoc.

Tratament

Presupune respectarea regulilor de igienă și de dietă, consumul unor cantități suficiente de lichide și administrarea de medicamente antidiareice (de exemplu loperamidă). Antibioticele nu sînt indicate decît în anumite cazuri bine precizate.

◆ **Prevenție și educație**

Prevenția este asigurată de respectarea strictă a regulilor de igienă, în special în timpul călătoriilor.

DIAREEA ACUTĂ A SUGARULUI

◆ **Definiție și cauze**

Modificare bruscă a numărului și caracteristicilor scaunelor, care devin mai frecvente, semilegate sau lichide. Principalele cauze sînt infecțiile, deseori virale.

◆ **Frecvență**

Reprezintă una dintre cele mai frecvente afecțiuni ale sugarului.

◆ **Semne și simptome**

Debutul este brutal, cu febră, vărsături, dureri abdominale și diaree, cel mai frecvent lichidă.

◆ **Investigații**

Analiza scaunului (coprocultura) nu este utilă decît pentru identificarea unor anumiți germeni. Bilanțul sanguin este indicat în cazul prezenței unor semne de gravitate, cum ar fi deshidratarea.

◆ **Evoluție și complicații**

Evoluția este benignă în majoritatea cazurilor. Principala complicație este deshidratarea, care se măsoară prin pierderea în greutate. La o pierdere de peste 5% apar primele semne. La o pierdere de peste 10% acestea sînt foarte pronunțate: persistența încrețirii pielii atunci cînd este ciupită (pliu cutanat persistent), apariția de cearcăne în jurul ochilor, depresiunea fontanelei (zonă din porțiunea anterioară a craniului neacoperită încă de os în primele luni de viață), uscăciunea gurii, scăderea volumului de urină, tulburări ale stării de conștiență și accelerarea respirației (polipnee). În lipsa tratamentului poate surveni decesul.

◆ **Tratament**

Are ca obiectiv combaterea deshidratării. Se utilizează soluții de rehidratare, fie pe cale orală (săruri OMS, GESOL® etc.), fie pe cale intravenoasă în cazurile mai severe. Se recomandă reluarea precoce a alimentației. Tratamentul antibiotic nu este necesar decît în cazul identificării unor anumite bacterii.

◆ **Prevenție și educație**

Instruirea părinților este esențială pentru evitarea deshidratărilor severe. Aceștia trebuie învățați să utilizeze soluțiile de rehidratare.

DIFTERIA

◆ **Definiție și cauze**

Boală contagioasă produsă de un microb

numit *Corynebacterium diphteriae*. Acesta determină afectarea gîtului, cu formarea unor membrane ce pot duce la asfixiere, dar şi o îmbolnăvire a întregului organism, prin producerea unei toxine ce trece în sînge. Transmiterea se face mai ales prin aerul respirat (mici picături de salivă).

◆ **Frecvenţă**

Apare excepţional în ţările dezvoltate; recent, au existat însă epidemii legate de dezorganizarea socio-economică, în Algeria şi Rusia. Afectează mai frecvent copilul decît adultul.

◆ **Semne şi simptome**

Crupul sau difteria laringiană se manifestă prin vorbire dificilă şi voce stinsă (disfonie), tuse aspră şi cu formarea unor membrane la nivelul laringelui, care jenează progresiv respiraţia.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea de secreţii din gît şi cultivarea acestora permit identificarea germenelui.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În lipsa tratamentului, membranele determină moartea prin asfixiere. Forma malignă este legată de acţiunea toxinei la nivelul diferitelor organe, în special la nivelul sistemului nervos (paralizii ale vălului palatin, oculare, ale membrelor şi ale musculaturii respiratorii) şi al inimii (inflamaţia muşchiului cardiac, numită miocardită, care nu îi mai permite acestuia să îşi îndeplinească rolul de pompă, ceea ce duce la insuficienţă cardiacă). În acest caz, mortalitatea este ridicată.

◆ **Tratament**

Este necesară izolarea, pentru a limita răspîndirea bolii, injectarea unui ser pentru combaterea germenelui şi a toxinei acestuia (seroterapie) şi tratamentul antibiotic (peniciline sau macrolide, cum ar fi eritromicina).

◆ **Prevenţie**

Vaccinarea este singura metodă de prevenţie eficientă. Este necesară identificarea purtătorilor de germene din anturaj (persoane contaminate cu germeni, dar care nu sînt bolnave) şi instituirea unui tratament preventiv cu un antibiotic din clasa macrolidelor.

DILATAŢIILE BRONŞICE

SAU (VEZI) BRONŞIECTAZIILE

DISECŢIA DE AORTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Sfîşierea foiţei interne a peretelui aortei (intima), prin care pătrunde sîngele ce va crea un al doilea canal în grosimea peretelui vascular, scăzînd rezistenţa acestuia. Cauza cea mai frecventă este hipertensiunea arterială. Mai rar, poate fi vorba despre o anomalie a ţesutului ce asigură forma organelor, numit ţesut conjunctiv (sindromul Marfan etc.), o malformaţie aortică prezentă de la naştere (coarctaţie, persistenţa canalului arterial etc.), o alterare a pereţilor vaselor legată în special de fumat şi de colesterol (arterioscleroză) sau un traumatism. Cea mai cunoscută clasificare anatomică este cea a lui de Bakey: tipul I corespunde afectării aortei în totalitate; tipul II interesează numai aorta ascendentă; tipul III interesează numai aorta descendentă.

◆ **Frecvenţă**

Boală foarte rară, care afectează anual între 300 şi 600 de persoane în Franţa.

◆ **Semne şi simptome**

Principalul semn este durerea brusc apărută în piept, intensă, percepută ca o senzaţie de „sfîşiere“ care poate migra de-a lungul traiectului aortei şi care ulterior se atenuează. Absenţa sau asimetria pulsului la nivelul mîinilor şi al picioarelor este o anomalie care trebuie căutată. Uneori apar semne similare celor ale unei ocluzii arteriale: mînă sau picior rece şi dureros, cu dispariţia pulsului, tulburări de vedere tranzitorii etc.

◆ **Investigaţii**

Radiografia toracică poate evidenţia o dilatare a aortei. Ecografia transesofagiană (realizată cu ajutorul unei sonde introduse prin gură pînă în esofag, pentru a fi mai aproape de inimă) sau tomografia computerizată permit astăzi stabilirea diagnosticului. Cînd este luat în calcul tratamentul chirurgical, un examen radiologic specializat, aortografia permite vizualizarea mai bună a aortei

datorită injectării unei substanțe care opacifiază sîngele.

Evoluție și complicații
În absența tratamentului, riscul este cel al decesului prin ruptură de aortă. În ciuda tratamentelor aplicate, este o boală gravă cu o mortalitate ridicată în anii următori.

Tratament
Baza tratamentului este reprezentată de controlul strict al tensiunii arteriale, prin utilizarea medicamentelor antihipertensive administrate pe cale intravenoasă. Tratamentul chirurgical este obligatoriu în cazurile de disecție care afectează porțiunea inițială a aortei la ieșirea din inimă; în celelalte cazuri, această posibilitate va fi discutată în funcție de riscul de ruptură. După faza acută, tratamentul antihipertensiv continuu este indispensabil.

DISECȚIA DE ARTERĂ CAROTIDĂ INTERNĂ [A 6-4]

Definiție și cauze
Ruptură ce antrenează dezlipirea foițelor care alcătuiesc peretele arterei carotide. Cauza poate fi reprezentată de un traumatism; uneori disecția poate fi spontană la un pacient ale cărui artere sînt deteriorate, în special de *ateroscleroză*, ai cărei principali factori favorizanți sînt fumatul, excesul de colesterol și hipertensiunea arterială.

Frecvență
Afectează în special adultul tînăr sau de vîrstă medie, fără predominanță de sex.

Semne și simptome
Semnele locale sînt reprezentate de dureri de cap sau la nivelul gîtului, însoțite eventual de semnul Claude Bernard-Horner (căderea pleoapei, numită ptoză palpebrală, micșorarea pupilei, numită mioză și înfundarea globului ocular în orbită, numită enoftalmie). Acestea pot fi urmate imediat sau mai tîrziu de paralizii și tulburări de vedere, uneori trecătoare, care sînt determinate de întreruperea aportului de sînge în porțiunea din creier irigată de artera carotidă.

◆ **Investigații**
Examenele care permit stabilirea diagnosticului sînt: ecografia Doppler (utilizare de ultrasunete ce permit vizualizarea fluxului sangvin din artere), angiografia cerebrală (radiografia capului cu injectarea unei substanțe care opacifiază arterele), examenul IRM și examenul angio-CT (tomografie computerizată cu injectarea unei substanțe care opacifiază arterele).

◆ **Evoluție și complicații**
Prognosticul depinde de prezența semnelor care indică întreruperea circulației într-o regiune a creierului, în special a paraliziilor. În acest caz, rămîn sechele la aproape jumătate din pacienți, iar decesul poate surveni în caz de agravare în primele zile de boală.

◆ **Tratament**
Tratamentul anticoagulant (care vizează fluidificarea sîngelui) este utilizat frecvent. Tratamentul chirurgical nu este indicat în faza acută, decît în cazul apariției unei zone de dilatație a arterei (anevrism), care scade rezistența acesteia.

◆ **Prevenție și educație**
La persoanele care au suferit o disecție se recomandă evitarea activităților fizice care implică mișcări forțate sau bruște ale gîtului. Sarcina este contraindicată.

DISFAGIA

◆ **Definiție și cauze**
Senzație de dificultate la înghițire, din cauza unei tulburări a progresiei alimentelor dinspre esofag spre stomac. Această dificultate de a înghiți se observă cel mai frecvent în infecțiile gîtului (*angină* sau *amigdalită*). Atunci cînd persistă un timp îndelungat, trebuie luate în considerare alte cauze mai serioase, mai ales cancerul esofagian. Poate fi vorba, de asemenea, despre o inflamație a esofagului (*esofagită*) sau despre o malformație a acestuia (*megaesofag*, *diverticul*). Mai rar, esofagul poate fi comprimat de o tumoră a mediastinului (care reprezintă spațiul situat între plămîni și care conține în special inima).

◆ **Frecvență**
Frecventă.
◆ **Semne și simptome**
O disfagie apărută de cîteva săptămîni sau luni, care se agravează progresiv, însoțită de scădere în greutate și astenie fizică trebuie să ridice suspiciunea unui cancer.
◆ **Investigații**
Esofagul poate fi vizualizat direct cu ajutorul endoscopiei (introducerea pe gură a unui tub prevăzut cu un sistem optic) sau indirect, prin intermediul unui tranzit baritat esogastroduodenal (radiografie realizată după înghițirea unei substanțe de contrast).
◆ **Evoluție și complicații**
Principalele complicații, independent de cauză, sînt denutriția și pneumoniile de aspirație (alimentele trec în bronhii la nivelul locului de intersectare între trahee și esofag).
◆ **Tratament**
Tratamentul este cel al cauzei. Administrarea de alimente tocate sau semilichide poate aduce un beneficiu tranzitoriu.

DISLEXIA

◆ **Definiție și cauze**
Dificultate de învățare a cititului, în ciuda unei inteligențe normale. Cauza este necunoscută.
◆ **Frecvență**
Tulburarea pare a fi frecventă, deși nu există cifre disponibile.
◆ **Semne și simptome**
Principalele semne sînt reprezentate de incapacitatea de înțelegere a scrierii alfabetice, dificultatea de diferențiere a sunetelor (confuzie între f, s, ș), dificultatea de diferențiere vizuală (confuzie între b și d, între p și q) și dificultatea de a distinge ordinea succesiunii literelor sau a silabelor (bla, bal, lab). Cititul este dificil, fragmentat, ezitant.
◆ **Investigații**
Diferite teste (de lectură, tehnici de decodificare, teste de limbaj, auditive etc.) sînt disponibile pentru încercarea de a înțelege mai bine mecanismele implicate.
◆ **Evoluție și complicații**
Prognosticul este direct legat de precocitatea instituirii tratamentului. Totuși, o parte din acești indivizi nu vor ști niciodată să citească și să scrie perfect.
◆ **Tratament**
Tratamentul constă în asistarea de către un logoped încă de la începutul perioadei școlare.
◆ **Prevenție**
Depistarea se poate face încă din grădiniță (copii care prezintă dificultăți de coordonare a mișcărilor, de orientare în spațiu, tulburări de vorbire).

DISMENOREEA

◆ **Definiție și cauze**
Dureri care apar regulat, legate de menstruație. Dismenoreea numită primară apare în adolescență, atenuîndu-se sau dispărînd o dată cu vîrsta și cu prima sarcină; aceasta nu are o cauză clară. Dismenoreea secundară este legată cel mai adesea de o endometrioză, adică de prezența de mucoasă uterină în abdomen, în afara localizării ei normale.
◆ **Frecvență**
Foarte frecventă: afectează o femeie din trei, în special adolescentele și femeile tinere.
◆ **Semne și simptome**
Apar dureri în regiunea inferioară a abdomenului, de tip colicativ, cu spasme sau continui, puternice. Ele pot preceda menstruația cu 12 pînă la 24 ore, pot să apară în prima zi și să se atenueze ulterior sau pot să apară mai tîrziu. Cele mai frecvente semne de însoțire sînt durerile lombare, greața și vărsăturile, durerile de cap, oboseala, nervozitatea și vertijul (amețelile).
◆ **Investigații**
Examenul și explorările ginecologice (ecografie, celioscopie constînd în introducerea unui sistem optic printr-un mic orificiu practicat în peretele abdomenului pentru vizualizarea interiorului acestuia) încearcă să identifice o eventuală cauză legată de disfuncția unui organ.
◆ **Evoluție și complicații**
În forma primară, tratamentul poate fi întrerupt după cîteva luni, ameliorarea simptomelor persistînd pe o perioadă

nelimitată. În cazul formelor secundare, evoluția depinde de posibilitatea aplicării unui tratament eficient, iar cronicizarea este frecventă.

Tratament

Tratamentul formei primare utilizează medicamente care combat durerea (analgezice), medicamente care combat spasmele (antispastice), antiinflamatorii, substanțe care relaxează mușchii (miorelaxante), sedative și preparate hormonale (progestative sau estroprogestative). In forma secundară tratamentul este cel al cauzei. Psihoterapia este foarte utilă, in special la femeia tînără.

DISPAREUNIA

Definiție și cauze

Totalitatea senzațiilor dureroase provocate de contactele sexuale. Principalele cauze sînt legate de probleme de la nivelul vulvei sau vaginului (infecție, cicatrice de epiziotomie, uscăciunea și atrofia mucoasei vaginale după menopauză etc.) sau al uterului (leziuni ale colului, poziție anormală, endometrioză [prezența de mucoasă uterină în bazin, în afara uterului] etc.). Cauzele psihologice sînt de asemenea frecvente.

Frecvență

Afecțiune frecventă.

Semne și simptome

Principalul simptom este durerea apărută în timpul sau după contactul sexual. Uneori contracția involuntară a mușchilor vaginului (vaginism) împiedică penetrarea.

◆ **Investigații**

Examenul ginecologic permite depistarea cauzei în majoritatea cazurilor.

◆ **Evoluție și complicații**

Principala complicație este răsunetul asupra vieții sexuale, cu eventuale implicații psihologice.

◆ **Tratament**

Este cel al cauzei. Tratamentul hormonal și utilizarea de lubrifianți sînt utile la menopauză.

DISPEPSIA

◆ **Definiție și cauze**

Digestie dificilă, indiferent de cauză. Termenul desemnează în prezent tulburările funcționale, numite astfel întrucît nu poate fi detectată nici o leziune. Acestea survin adesea într-un context psihologic favorizant.

◆ **Frecvență**

Este o afecțiune foarte frecventă, care se asociază adesea cu o colopatie funcțională.

◆ **Semne și simptome**

Apare o senzație de greutate la nivelul stomacului sau de balonare după mese.

◆ **Investigații**

Nu prezintă interes decît pentru excluderea unei eventuale boli organice. Examinarea tubului digestiv prin endoscopie (introducerea prin gură sau prin anus a unui tub prevăzut cu un sistem optic ce permite vizualizarea tubului digestiv) se face aproape sistematic.

◆ **Evoluție și complicații**

Boala poate avea un răsunet psihologic, nutrițional și socio-profesional.

◆ **Tratament**

Medicamentele care accelerează golirea gastrică pot fi utile: metoclopramid, domperidon (Motilium®, Domstal®). Psihoterapia este uneori necesară.

DISPLAZIA ARITMOGENĂ DE VENTRICUL DREPT

Malformație, probabil congenitală (prezentă de la naștere), caracterizată din punct de vedere anatomic printr-un aspect fibros al peretelui ventriculului drept al inimii [A 7]. Se manifestă, în general la un individ tînăr, prin accese de palpitații grave (tahicardie ventriculară), recidivante. Principalele complicații sînt insuficiența cardiacă și moartea subită (al cărei risc este din fericire redus). Tratamentul constă în administrarea de medicamente antiaritmice și, în formele recidivante, intervenția chirurgicală, fulgurația (distrugerea cu ajutorul curentului electric a celulelor care produc în mod normal impulsurile ce antrenează contracția inimii și care funcționează necorespunzător în acest caz) sau montarea unui defibrilator implantabil (un fel de baterie care des-

carcă şocuri electrice, permiţînd regularizarea ritmului cardiac în momentul producerii unei crize).

DISPLAZIA BRONHOPULMONARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Anomalie de dezvoltare a plămînilor ce survine la unii copii născuţi prematur, care au necesitat o perioadă de respiraţie artificială după naştere. Consecinţa este apariţia unei insuficienţe respiratorii.

◆ **Frecvenţă**

Se întîlneşte la 50% dintre prematurii născuţi înainte de 28 săptămîni, dar la mai puţin de 2% dintre cei născuţi după 34 săptămîni.

◆ **Semne şi simptome**

Copilul prezintă tulburări respiratorii legate atît de expansiunea cutiei toracice, cît şi de absorbirea oxigenului şi eliminarea dioxidului de carbon, tulburări care nu permit renunţarea la asistenţa ventilatorie.

◆ **Investigaţii**

Radiografia pulmonară arată anomalii variate, puţin specifice.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este în general favorabilă în 3–6 luni, fără sechele la vîrsta adultă, cu excepţia unor modificări discrete înregistrate la probele funcţionale respiratorii (investigaţie care permite evaluarea funcţionării plămînilor). Totuşi, pot apărea şi numeroase complicaţii, în special infecţioase, uneori mortale.

◆ **Tratament**

Tratamentul constă în menţinerea respiraţiei artificiale şi a unui aport continuu de oxigen timp de cîteva luni, în aşteptarea regenerării plămînilor.

DISPLAZIA COXOFEMURALĂ

Formă minoră de luxaţie congenitală de şold.

DISTOMATOZELE

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţii produse de o serie de paraziţi care sînt viermi laţi, numiţi distomieni. Singura distomatoză importantă din Franţa este gălbeaza sau fascioloza (produsă de *Fasciola hepatica*), care se transmite în zonele de creştere a oilor, în special prin consumul de vegetale contaminate (creson sălbatic etc.).

◆ **Răspîndire**

Se întîlneşte în zonele mlăştinoase şi în preajma iazurilor. Ploile au un rol favorizant (prin şiroiri care antrenează ouăle de parazit spre zonele de recreere, parcuri).

◆ **Semne şi simptome**

Faza de instalare a parazitului în organism, numită fază de invazie, cu durată de 2–3 luni, se manifestă prin: astenie fizică importantă, febră neregulată, dureri la nivelul ficatului, cu creşterea moderată a dimensiunilor acestuia, mîncărimi, precum şi dureri musculare şi articulare. Faza următoare, numită fază de stare, apărînd la 3-6 luni de la contaminare, se manifestă printr-o infecţie acută a canalelor care transportă bila în ficat şi apoi spre tubul digestiv (angiocolită acută), care se traduce în principal prin febră, dureri la nivelul ficatului şi icter discret (uşoară coloraţie în galben a pielii).

◆ **Investigaţii**

În faza de invazie, analizele sangvine arată o creştere a numărului de globule albe (leucocitoză), în special a celor numite eozinofile, care sînt mai numeroase în general în infecţiile produse de paraziţi şi în alergii. De asemenea, pot fi evidenţiaţi în sînge anticorpi îndreptaţi împotriva parazitului (serodiagnostic). În faza de stare, ecografia hepatică poate evidenţia multiple abcese mici, iar ouăle de parazit sînt prezente în scaun şi în bilă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În absenţa tratamentului precoce se pot produce infecţii şi o disfuncţie hepatică severă.

◆ **Tratament**

Utilizează un produs de uz veterinar, triclabendazolul, dehidroemetina sau praziquantelul (Cesol-R®, Epiquantel®). Intervenţia chirurgicală este necesară în caz de obstrucţie a scurgerii bilei.

DISTONIA

Anomalie permanentă de postură şi întrerupere a cursului firesc al unor mişcări, secundară unor modificări de tonus muscular. Cauza este necunoscută. Există o formă generalizată şi forme localizate la anumite părţi ale corpului. Forma generalizată, adesea ereditară, debutează de obicei în copilărie şi se caracterizează prin mişcări care ajung la atitudini permanente, adesea bizare. Formele localizate cuprind mai ales torticolisul spastic, crampa scriitorului şi sindromul Meige (clipit involuntar, grimase şi scrîşnit involuntar din dinţi).

DISTROFIA MUSCULARĂ (MIOPATIA) DUCHENNE SAU (VEZI) MIOPATIA DUCHENNE DE BOULOGNE

DISTROFIA MUSCULARĂ (MIOPATIA) FACIO-SCAPULO-HUMERALĂ SAU (VEZI) BOALA LANDOUZY-DEJERINE

DISTROFIILE MUSCULARE ALE CENTURILOR SAU MIOPATIILE CENTURILOR

Grup de boli caracterizat prin anomalii de funcţionare ale muşchilor, numite miopatii. Sînt boli ereditare caracterizate prin afectarea predominantă a muşchilor umerilor şi bazinului, de unde şi numele de miopatii ale centurilor. Ele debutează în general între 10 şi 40 ani, avînd viteze de progresie variabile. Principalele complicaţii sînt cele cardiace (insuficienţă cardiacă, tulburări de ritm) şi respiratorii, în caz de afectare a diafragmei. Se disting miopatia Erb şi miopatia Leyden-Moebius.

DISURIA

Dificultate de a urina. Disuria poate fi iniţială, cu întîrzierea apariţiei jetului; terminală, cu picături care ies cu întîrziere; sau totală. Jetul este slab, fapt care poate fi pus în evidenţă printr-un examen numit debitmetrie. Cauzele cele mai frecvente sînt reprezentate de o boală care afectează zona din vezica urinară situată spre uretră şi în care se găseşte muşchiul ce comandă închiderea acesteia (colul vezical), de prostata care formează un obstacol din cauza creşterii în volum, de îngustarea uretrei sau de coborîrea organelor genitale (prolaps genital) la femeie [A 13].

DIVERTICULII VEZICII URINARE

Excrescenţe în formă de sac dezvoltate prin peretele vezicii urinare [A 13-26] pornind de la mucoasa care reprezintă stratul intern al acestuia. Aceste anomalii pot fi legate de un defect din naştere (origine congenitală) sau pot fi consecinţa unui obstacol în calea evacuării urinei, care antrenează dilataţia vezicii şi generează eforturi importante pentru a urina (vezica de luptă). Diverticulii predispun la infecţii urinare şi la formarea de calculi. Se pot asocia cu refluxul urinei spre rinichi, care poate determina afectarea acestora. Diagnosticul se stabileşte pe baza cistografiei (radiografie a vezicii urinare după injectarea unei substanţe care opacifiază urina) şi a cistoscopiei (introducerea unui sistem optic în vezică). Tratamentul este cel al cauzei, asociat cu îndepărtarea chirurgicală şi reconstrucţia peretelui vezical, în cazul diverticulilor mari.

DIVERTICULOZA COLONICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Hernii ale stratului intern (mucoasa) al colonului [A 12-8(1)] ce proemină în afara peretelui acestuia, comunicînd cu interiorul intestinului printr-un conduct mai mult sau mai puţin îngust. Cauzele sînt reprezentate fie de anomalii prezente de la naştere (origine congenitală), fie de tulburări digestive care cresc presiunea în interiorul colonului, cum ar fi constipaţia.

◆ **Frecvenţă**

Adesea boala evoluează fără simptome şi se manifestă numai în momentul apariţiei unei complicaţii, cum ar fi:

1. **Diverticulită** (inflamaţia şi infecţia diverticulilor): durere în regiunea inferioară stîngă a abdomenului (fosa iliacă stîngă) însoţită de contracţia peretelui abdominal în momentul palpării zonei respective (apărare), febră; în stadiul de abces, semnele sînt mai importante, cu prezenţa unei mase palpabile în flancul stîng şi a unei contracturi permanente a abdomenului.
2. **Hemoragie digestivă** (prin erodarea unui vas din peretele colonului): eliminare prin scaun de sînge roşu (rectoragie) sau negru (melenă), care se opreşte spontan în peste 2/3 din cazuri.

◆ **Investigaţii**

Explorările care permit vizualizarea interiorului colonului sînt irigografia (radiografie cu introducerea în colon, prin clismă, a unei substanţe opace) şi colonoscopia (introducerea prin anus a unui tub prevăzut cu un sistem optic). Pentru detectarea unui abces, ecografia şi tomografia computerizată reprezintă cele mai performante metode.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt: perforaţia, care produce peritonită (infecţie generalizată a cavităţii abdominale); fistulizarea în vagin şi în vezica urinară (lipirea colonului de vagin sau de vezica urinară, urmată de apariţia unei comunicări), care se traduce prin prezenţa de gaz sau de materii fecale în urină (pneumaturie, respectiv fecalurie). O altă complicaţie este îngustarea localizată a colonului, care poate duce la ocluzie.

◆ **Tratament**

În caz de infecţie se administrează antibiotice pe cale intravenoasă, cu punerea în repaus a tubului digestiv şi administrarea de medicamente antispastice. Intervenţia chirurgicală este indicată în caz de peritonită, stenoză, fistulă sau hemoragie recidivantă.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Recomandările dietetice sînt utile: fibre (tărîţe) şi reglatori ai motilităţii colonului; trebuie evitate fructele cu sîmburi, medicamentele anticoagulante şi corticoizii, care pot favoriza apariţia complicaţiilor.

DIVERTICULUL MECKEL

◆ **Definiţie şi cauze**

Mic sac cu o lungime de circa 5 cm şi orificiu mare, situat la nivelul peretelui ultimei părţi a intestinului subţire, numită ileon [A 12-11(1)]. Corespunde persistenţei unei structuri prezente la embrion şi care în mod normal regresează în cursul dezvoltării acestuia.

◆ **Frecvenţă**

Este prezent la 2% din populaţie. Descoperirea se face întîmplător, cu ocazia unei apendicite sau a altei complicaţii digestive, de regulă înaintea vîrstei de 2 ani sau la adultul tînăr.

◆ **Semne şi simptome**

Manifestările pot consta din: hemoragie digestivă, ocluzie intestinală, abces sau peritonită (infecţie generalizată a abdomenului).

◆ **Investigaţii**

Cuprind radiografia şi tomografia computerizată abdominală. În caz de hemoragie pot fi utilizate examene mai specializate (scintigrafia cu hematii marcate cu techneţiu, arteriografia) pentru reperarea sursei acesteia.

Evoluţie şi complicaţii

Prognosticul depinde de complicaţia care a dus la descoperirea bolii.

◆ **Tratament**

Intervenţia chirurgicală constînd din îndepărtarea diverticulului şi tratarea eventualelor complicaţii.

◆ **Prevenţie**

Chirurgul trebuie să caute un diverticul Meckel ori de cîte ori intervenţia chirurgicală pentru apendicită descoperă un apendice normal, întrucît acesta poate fi cauza simptomelor care au determinat intervenţia chirurgicală.

DIVERTICULUL ZENKER SAU DIVERTICULUL FARINGO-ESOFAGIAN

◆ **Definiţie şi cauze**

Sac dezvoltat din peretele esofagului [A 12-1(1)]. Cauza este reprezentată de presiunea prea mare care se creează la

acest nivel în timpul înghiţirii (deglutiţiei), din cauza unei disfuncţii sau a unei anomalii anatomice la nivelul faringelui sau mai jos.

Frecvenţă

Este tipul cel mai frecvent de diverticul esofagian.

Semne şi simptome

Iniţial apare o senzaţie de corp străin în gît, apoi o dificultate de a înghiţi (disfagie), regurgitaţii alimentare, o secreţie excesivă de salivă şi un miros urît al respiraţiei.

Investigaţii

Radiografia de esofag cu ingestia unei substanţe care îl face opac (tranzitul baritat) arată un sac care împinge esofagul înainte. Endoscopia este contraindicată din cauza riscului de perforaţie.

Evoluţie şi complicaţii

Poate apărea afectarea stării generale, cu scăderea în greutate.

Tratament

Intervenţia chirurgicală este indicată în caz de dificultate de a înghiţi.

DIVERTICULITA SAU (VEZI) SIGMOIDITA DIVERTICULARĂ

DOPUL DE CERUMEN

Definiţie şi cauze

Obstrucţia conductului auditiv printr-un dop de cerumen care se formează din secreţii şi resturi de piele. Utilizarea beţişoarelor cu vată reprezintă un factor favorizant.

◆ **Frecvenţă**

Foarte frecvent, în special la copii.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt senzaţia de ureche înfundată, mîncărimile, scăderea auzului, uneori apariţia de vîjîituri în urechi sau de ameţeli.

◆ **Investigaţii**

Dopul se vizualizează cu ajutorul unui otoscop (lampă care permite medicului să vadă conductul auditiv pînă la timpan).

◆ **Tratament**

Utilizarea instrumentelor de mici dimensiuni introduse cu ajutorul otoscopului permite în general fragmentarea şi extragerea dopului. Spălăturile şi substanţele dizolvante pot fi de asemenea utilizate, dar sînt contraindicate în cazul suspiciunii de perforaţie a timpanului din spatele dopului.

DOWN (SINDROMUL) SAU (VEZI) TRISOMIA 21

DRACUNCULOZA SAU FILARIOZA DE MEDINA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie produsă de un parazit, un vierme rotund şi subţire din familia filariilor, *Dracunculus medinensis* sau „viermele de Guineea", care se localizează sub piele. La vîrsta adultă acesta poate atinge aproape un metru în lungime. Contaminarea se face prin apa de băut.

◆ **Răspîndire**

Se întîlneşte în Africa, Orientul Mijlociu, în India şi în Pakistan, dar cu o reducere importantă a numărului de cazuri în ultimii 10 ani şi cu perspective de eradicare.

◆ **Semne şi simptome**

La circa un an după contaminare, viermele perforează pielea pentru a-şi depune ouăle, formînd o bulă care se sparge eliminînd un lichid albicios şi producînd o rană. Extremitatea viermelui devine astfel vizibilă, în timp ce restul corpului poate fi palpat sub piele ca un cordon dur. Viermele se localizează mai ales în porţiunea inferioară a gambei.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea de lichid care se scurge din bulă permite detectarea filariilor la microscop.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Moartea frecventă a paraziţilor la locul de fixare duce la apariţia sub piele a unor depuneri de calciu, care pot fi descoperite întîmplător şi sînt vizibile pe radiografii. Celelalte complicaţii sînt reprezentate de infectarea plăgii şi uneori de o reacţie alergică generalizată.

◆ **Tratament**

Nu există tratament medicamentos. Se

utilizează metoda bețișorului: odată filaria apărută la suprafața pielii, aceasta este înfășurată pe un băț de chibrit, fără să se tragă mai mult de 2–3 cm pe zi, pentru a evita ruperea viermelui, care poate antrena complicații infecțioase grave.

◆ **Prevenție și educație**

În regiunile cu risc, apa de băut trebuie filtrată sau fiartă înainte de consumare.

DREPANOCITOZA

◆ **Definiție și cauze**

Boală ereditară caracterizată printr-o anomalie a hemoglobinei (numită hemoglobină S), ce determină deformarea globulelor roșii, care iau formă de „seceră". Transmiterea este numită recesivă, ceea ce înseamnă că este necesar ca ambii părinți să transmită gena deficientă numită S pentru ca boala să apară la copil. Boala apare numai la subiecții homozigoți, numiți SS, adică purtători ai genei deficiente pe fiecare din cei doi cromozomi ai perechii implicate.

◆ **Răspîndire**

Această boală afectează populația de culoare din Africa ecuatorială și tropicală sau provenită din aceste regiuni (Antile, SUA). În SUA este afectată 0,3% din populația neagră, în timp ce 10% din indivizi sînt purtători ai genei fără a avea boala (se vorbește în acest caz de indivizi heterozigoți).

◆ **Semne și simptome**

Crize manifestate prin dureri osoase și abdominale de intensitate variabilă, dar care pot fi foarte severe. Acestea sînt numite crize „vasoocluzive" și sînt determinate de ocluzia vaselor mici de către globulele roșii deformate care se aglutinează și obstruează vasul.

◆ **Investigații**

Principala anomalie întîlnită la analizele sangvine este lipsa de globule roșii prin distrugerea lor precoce: se vorbește în acest caz de anemie hemolitică. Un examen specializat care permite analizarea hemoglobinei (electroforeza) permite stabilirea diagnosticului prin detectarea hemoglobinei S anormale.

◆ **Evoluție și complicații**

Complicațiile acute sînt dominate de infecții, în special la copil, care pot fi uneori mortale. Agravarea bruscă a anemiei și ocluziile vasculare (trombozele) stau la originea paraliziilor (prin afectarea vaselor din creier) și a altor tulburări, în funcție de organele afectate. Complicațiile cronice sînt reprezentate de leziuni ale pielii care se cicatrizează cu dificultate (ulcerații), tulburări de vedere (ocluzia vaselor din retină) și de leziuni osoase (moartea unor porțiuni din os prin ocluzia vaselor care le alimentează). Este o boală gravă, dar progresele înregistrate în tratamentul acesteia fac ca speranța de viață să depășească astăzi 40 de ani.

◆ **Tratament**

În timpul crizelor, tratamentul vizează ameliorarea simptomelor: aport de lichide pe cale orală sau în perfuzie pentru asigurarea unei bune circulații și evitarea ocluziei altor vase; medicamente puternice care combat durerea, în special derivați de morfină. Transfuziile sînt indicate în caz de anemie severă și de semne de disfuncție cardiacă și/sau pulmonară. Un medicament special, utilizat de obicei în leucemii, hidroxiureea (Hydrea®), permite uneori reducerea frecvenței crizelor.

◆ **Prevenție și educație**

Educarea pacientului și a familiei acestuia este esențială pentru a preveni sau a trata rapid complicațiile. Trebuie evitate sejururile la altitudine, călătoriile cu avioane insuficient presurizate sau nepresurizate și eforturile fizice intense. Trebuie avut grijă ca bolnavul să consume lichide în mod regulat și în cantități suficiente și să aibă o alimentație bogată în fier și în proteine. Se recomandă vaccinarea antipneumococică, antimeningococică și anti-*Haemophilus B*.

DUCHENNE DE BOULOGNE (MIOPATIA) SAU DISTROFIA MUSCULARĂ DUCHENNE

◆ **Definiție și cauze**

Boală genetică ereditară caracterizată prin atrofia mușchilor determinată de lipsa producerii unei proteine, distrofina.

Modul de transmitere este numit recesiv legat de cromozomul X, ceea ce înseamnă că numai băieţii sînt afectaţi, în timp ce fetele nu fac decît să transmită gena defectă.

Frecvenţă

Boala afectează un băiat din aproximativ 4 000, ceea ce o face una dintre cele mai frecvente boli genetice legate de sex.

Semne şi simptome

Primele semne apar la copil în momentul în care acesta învaţă să meargă. Mersul este legănat, pe vîrful picioarelor, căderile sînt frecvente, ridicarea în picioare şi urcatul scărilor se realizează cu dificultate. Muşchii afectaţi iniţial sînt cei ai coapselor, apoi cei ai umerilor.

Investigaţii

Enzimele musculare (CPK) sînt mult crescute, iar înregistrarea activităţii electrice a muşchilor (electromiograma) arată semne tipice. Identificarea genei defecte este posibilă, dar rezultatul este pozitiv doar în 2/3 din cazuri.

Evoluţie şi complicaţii

Progresia bolii este continuă şi majoritatea pacienţilor ajung să se deplaseze în scaune cu rotile către vîrsta de 10–12 ani. Ulterior se instalează retracţii musculare, cu scolioză şi fixarea membrelor în flexie, iar prognosticul poate deveni sever.

Tratament

Îngrijirile se limitează la tratarea simptomelor. Corticoizii administraţi înaintea vîrstei de 3 ani par să încetinească evoluţia bolii. Kineziterapia şi corectarea chirurgicală a unor deformări în formele lent progresive sînt utile.

◆ **Prevenţie**

Se recomandă consilierea genetică. Diagnosticul prenatal este posibil în unele cazuri.

DÜHRING-BROCQ (BOALA) SAU (VEZI) DERMATITA HERPETIFORMĂ

DUPUYTREN (BOALA)

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală tradusă prin deformarea progresivă şi importantă a degetelor, cu potenţial invalidant important. Este determinată de îngroşarea şi retracţia unei benzi de ţesut care susţine palma (aponevroza palmară medie [A 4]). Cauza este necunoscută, dar există o serie de forme familiale cu transmitere dominantă, ceea ce înseamnă că este suficient ca unul dintre părinţi să sufere de boală şi să transmită gena defectă pentru ca şi copilul să fie afectat. Factorii favorizanţi sînt microtraumatismele profesionale repetate (lucrul cu ciocanul pneumatic etc.), alcoolismul, diabetul şi epilepsia.

◆ **Frecvenţă**

Afectează în special bărbaţii între 30 şi 60 de ani.

◆ **Semne şi simptome**

Pot fi afectate una sau ambele mîini. Boala debutează cu apariţia unui nodul tare în palmă şi retracţia progresivă a degetului sau a degetelor afectate (în general ultimele două, policele [degetul mare] fiind întotdeauna cruţat).

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se pune prin simpla examinare a mîinii; nici o altă explorare nu este necesară.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia spre flexia progresivă a degetelor este inevitabilă. Tratamentul dă rezultate variabile.

◆ **Tratament**

Este chirurgical, constînd în secţionarea cordoanelor de ţesut aflate la originea retracţiilor.

◆ **Prevenţie**

Cauzele profesionale necesită reorientarea profesională, pentru a evita continuarea expunerii la microtraumatisme.

E

…OLA (FEBRA) SAU (VEZI) …BRA EBOLA

…RIETATEA IDIOSINCRAZICĂ

Stare de ebrietate caracterizată prin modificări importante ale comportamentului (agresivitate ş.a.) instalată în momentele care urmează ingestiei unei cantităţi de alcool insuficiente pentru a induce o intoxicaţie la majoritatea indivizilor.

…RIETATEA PATOLOGICĂ

Definiţie şi cauze

Intoxicaţie alcoolică (sau etilică) acută însoţită de tulburări de natură psihiatrică.

Frecvenţă

Este relativ rară şi afectează indivizii dependenţi de alcool.

Semne şi simptome

Se disting în mod clasic trei varietăţi:

1. **Ebrietatea excito-motorie,** cu agitaţie extremă, agresivitate şi tulburări majore de comportament, care pot fi la originea unor delicte, adesea grave.
2. **Ebrietatea halucinatorie,** cu halucinaţii auditive şi vizuale, împotriva cărora individul se poate apăra cu violenţă.
3. **Ebrietatea delirantă,** cu autodenunţare delirantă (risc de suicid), megalomanie, gelozie şi sentiment de persecuţie (risc de agresiune).

◆ **Investigaţii**

Alcoolemia este ridicată în faza iniţială.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este lungă (cîteva zile) şi se termină prin comă şi ulterior amnezie în momentul întoarcerii la starea de conştienţă normală. Există o tendinţă de recidivă cu acelaşi tip de semne. Principalele complicaţii sînt actele de agresiune împotriva propriei persoane sau a celorlalţi.

◆ **Tratament**

Este necesară spitalizarea, la nevoie sub constrîngere (internare la cererea unui terţ sau internare din oficiu) şi într-o cameră de izolare. Este indispensabilă administrarea de sedative (clorazepam dipotasic, haloperidol etc.).

◆ **Prevenţie**

Singura măsură adecvată este întreruperea intoxicaţiei alcoolice, care este dificilă, dar poate fi facilitată de îngrijirea de către echipe specializate şi de suportul asociaţiilor de foşti alcoolici.

ECHINOCOCOZA ALVEOLARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie parazitară produsă de dezvoltarea la om a teniei vulpii sau *Echinococcus multilocularis*. Omul se infectează consumînd fructe de pădure contaminate sau ducînd la gură mîinile contaminate prin manipularea vulpilor (vînători). Parazitul se instalează ulterior în ficat.

◆ **Frecvenţă**

Echinococcus multilocularis este răspîndit în emisfera nordică. Actualele zone endemice cunoscute includ regiuni din părţile vestice şi centrale ale Europei, din Europa de este, Asia şi America de Nord. Au fost semnalate câteva cazuri şi în nordul Africii.

◆ **Semne şi simptome**

Intervalul de timp dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este foarte lungă, iar simptomele nu sînt foarte sugestive: dureri abdominale, icter, ficat mărit de volum şi cu suprafaţă neregulată la palpare. Mai rar, sînt afectaţi plămînii, rinichii sau creierul.

◆ **Investigaţii**
Bilanţul sangvin confirmă existenţa unui obstacol în calea scurgerii bilei. Explorările care confirmă diagnosticul sînt: serodiagnosticul (identificarea în sînge a unor anticorpi îndreptaţi împotriva parazitului), ecografia şi biopsia hepatică (prelevarea unui fragment de ficat pentru examinarea la microscop).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Cînd apar semnele clinice, boala este deja avansată şi evoluţia este în general nefavorabilă în cîteva luni.

◆ **Tratament**
Constă în administrarea de albendazol (Eskazole®, Duador®, Zentel®) şi intervenţia chirurgicală. În caz de afectare difuză, transplantul hepatic este singura soluţie.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Trebuie evitat consumul de fructe de pădure crude din zonele contaminate şi este necesară spălarea mîinilor după manipularea vulpilor (pentru vînători).

ECLAMPSIA

◆ **Definiţie şi cauze**
Apariţia de convulsii în cursul celui de-al treilea trimestru de sarcină. Reprezintă o complicaţie neurologică a hipertensiunii arteriale (encefalopatia hipertensivă). Poate complica o toxemie gravidică, ce asociază hipertensiune, edeme şi prezenţa de albumină în urină, dar apariţia ei este adesea bruscă.

◆ **Frecvenţă**
Afecţiune rară: un caz la 1 000 de sarcini. Eclampsia poate surveni începînd cu a 20-a săptămînă de sarcină, în timpul naşterii sau în orele imediat următoare. Maximul de frecvenţă se situează în cursul ultimei luni de sarcină.

◆ **Semne şi simptome**
Convulsiile pot fi precedate de dureri de cap şi de tulburări vizuale. Tensiunea arterială este crescută.

◆ **Investigaţii**
Bilanţul de laborator evidenţiază anomalii ale funcţiei renale şi hepatice, precum şi tulburări de coagulare a sîngelui. Tomografia computerizată este indicată pentru depistarea leziunilor cerebrale, dar ea nu trebuie în nici un caz să întîrzie tratamentul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Naşterea este imperios necesară (dacă nu s-a produs încă) altfel viaţa fătului şi a mamei sînt puse în pericol. Se pot produce complicaţii grave: hemoragie cerebrală, sindrom HELLP, insuficienţă renală acută, coagulare intravasculară diseminată, edem pulmonar, hematom retroplacentar.

◆ **Tratament**
Tratamentul imediat asociază hidratare prin perfuzii şi administrarea intravenoasă de medicamente care combat convulsiile şi hipertensiunea. Naşterea este declanşată în momentul în care starea pacientei este stabilizată.

ECTOPIA TESTICULARĂ SAU (VEZI) CRIPTORHIDIA

ECTROPIONUL PLEOAPEI

◆ **Definiţie şi cauze**
Întoarcerea în afară (eversiunea) pleoapei, cel mai frecvent a celei inferioare. Se întîlneşte la persoanele vîrstnice (prin relaxarea ţesuturilor), în paraliziile faciale sau după o plagă sau o arsură (cicatricial).

◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune relativ frecventă.

◆ **Semne şi simptome**
Ochiul este iritat, roşu şi lăcrimează, din cauza unei protecţii inadecvate a globului ocular.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Ulcerul de cornee şi edemul conjunctival sînt principalele complicaţii.

◆ **Tratament**
Tratamentul este chirurgical şi este necesar pentru prevenirea leziunilor definitive ale corneei.

ECZEMA ATOPICĂ |D2| SAU (VEZI) DERMATITA ATOPICĂ

ECZEMA DE CONTACT |D3| SAU DERMATITA DE CONTACT

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală a pielii caracterizată prin apariţia unor mici bule (vezicule) însoţite de

mîncărimi puternice. Aceasta rezultă dintr-un fenomen alergic determinat de pătrunderea unui alergen (substanţă care provoacă o alergie) la un individ sensibilizat în prealabil. Alergenii responsabili sînt nichelul (bijuterii), produsele cosmetice, parfumurile, medicamentele sub formă de creme sau pomezi, sau unele substanţe utilizate în activitatea profesională (industria chimică, coafură, profesiile medicale, industria metalurgică şi meseriile din construcţii).

Frecvenţă

Afectează 2–6% din populaţie.

Semne şi simptome

Apariţia eczemei în 24–48 ore de la contactul cu alergenul, evoluînd în 4 faze:

1. Faza de eritem (roşeaţă): foarte scurtă, însoţită de mîncărimi (prurit) şi tumefacţia pielii (edem).
2. Faza veziculară: mici bule foarte fragile, care conţin un lichid limpede.
3. Faza de exsudaţie: spargerea veziculelor (spontană sau prin scărpinare) cu apariţia unui mic orificiu prin care se scurge un lichid clar.
4. Faza de regresie: lichidul se usucă şi apar cruste gălbui cu desprinderea pielii lezate (descuamare).

Sînt prezente simultan leziuni aflate în faze diferite.

Investigaţii

Testele de detectare a unei alergii (teste cutanate) reproduc eczema în miniatură.

Evoluţie şi complicaţii

Infectarea leziunilor este frecventă. Orice nou contact cu substanţa declanşatoare provoacă un nou puseu.

Tratament

Asociază evitarea alergenului declanşator şi tratarea inflamaţiei şi a mîncărimilor prin aplicarea de corticoizi sub formă de creme sau de pomezi.

◆ **Prevenţie**

Eliminarea factorului declanşator este indispensabilă pentru evitarea trecerii la o formă cronică. Este o boală profesională care impune reorientarea profesională.

ECZEMA MARGINATĂ HEBRA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie a pielii produsă de ciuperci (dermatofite sau levuri).

◆ **Frecvenţă**

Afectează mai frecvent bărbaţii.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o leziune în formă de inel, care se întinde pornind din regiunea inghinală, cu margine netă, alcătuită din mici vezicule şi cu tendinţă de vindecare în centru. Pot exista leziuni de grataj (scărpinare). În unele zone se produce o transformare a pielii, care devine uscată şi se îngroaşă (lichenificare).

◆ **Investigaţii**

Examenul microscopic direct şi însămînţarea în medii de cultură a unui eşantion prelevat de la nivelul leziunii permit identificarea ciupercii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Complicaţiile sînt: ulcerarea, infecţia şi recidivele.

◆ **Tratament**

Aplicarea locală de medicamente împotriva ciupercilor (antifungice), de exemplu griseofulvina. În caz de eşec se administrează ketoconazol (Nizoral®) sub formă de comprimate administrate oral.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Se recomandă eliminarea factorilor de risc favorizanţi (obezitate, purtarea de haine prea strîmte etc.).

ECZEMA NUMULARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală cronică a pielii, caracterizată prin prezenţa unor placarde rotunjite, în formă de monedă (numulare). Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Apare la adultul de vîrstă medie, în special în timpul iernii şi se asociază cu uscăciunea pielii.

◆ **Semne şi simptome**

Leziunile iniţiale sînt reprezentate de placarde supradenivelate, care produc mîncărimi, cu mici bule care confluează şi lasă să se scurgă lichidul din ele, formînd cruste. Ele sînt diseminate pe

toată suprafaţa corpului (în special pe fese şi membre, dar şi pe trunchi).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Poate evolua printr-o succesiune de puseuri şi de perioade de remisiune. Se pot produce suprainfecţii ale leziunilor.

◆ **Tratament**

Tratamentul nu este întotdeauna eficient. După caz, se utilizează tratamente locale pe bază de gudron sau corticoizi.

EDEMUL ANGIONEUROTIC EREDITAR

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală genetică provocată de deficitul unei enzime din ficat, care antrenează apariţia unui edem la nivelul diferitelor ţesuturi din organism în anumite situaţii. Transmiterea bolii este numită dominantă, adică este suficient ca unul dintre părinţi să fie purtător al bolii şi să transmită gena defectă, pentru ca şi copilul să fie afectat (unele cazuri apar spontan prin mutaţie genetică). Traumatismele pot declanşa apariţia simptomelor.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune rară. În majoritatea cazurilor, boala se declanşează în copilărie.

◆ **Semne şi simptome**

În timpul unei crize, care se instalează progresiv în 24–36 ore, apare o tumefacţie cauzată de edem la nivelul mîinilor şi al picioarelor, al feţei şi apoi la nivelul pielii în întregime. Sînt afectate şi organele interne. Afectarea digestivă se manifestă prin: dureri abdominale, diaree şi vărsături; afectarea respiratorie prin tumefacţia fundului de gît însoţită de senzaţie de sufocare. Afectarea neurologică se caracterizează prin dureri de cap, paralizii şi convulsii.

◆ **Investigaţii**

Anumite dozări sangvine permit confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Simptomele regresează în general în una pînă la trei zile. Tratamentul preventiv a ameliorat considerabil prognosticul acestei afecţiuni care altădată putea fi mortală. Evoluţia se face sub formă de crize cu intensitate, frecvenţă şi localizare variabile. Principalele complicaţii sînt asfixia sau starea de şoc prin deshidratare secundară diareei.

◆ **Tratament**

Tratamentul preventiv utilizează derivaţi de androgeni (de exemplu danazol [Danol 100®, Danoval®]. În timpul crizei se utilizează acidul tranexamic (Exacyl®) şi un medicament nou care aduce enzima care lipseşte (inhibitor al C1 esterazei).

EDEMUL CEREBRAL DE ALTITUDINE

Complicaţie a unui rău de altitudine care se agravează rapid. Primele simptome sînt: tulburări ale capacităţilor intelectuale (judecată, aprecierea situaţiei, luarea de decizii), dureri de cap insuportabile, greaţă şi vărsături. Ulterior mersul devine împleticit, iar halucinaţiile sînt frecvente. Se poate asocia şi o dificultate importantă în respiraţie, determinată de un edem pulmonar. Singura măsură eficientă şi urgentă este coborîrea sub 2 500 m, asociată cu administrarea de oxigen, cînd acest lucru este posibil. Este o tulburare gravă al cărei prognostic depinde de rapiditatea instituirii tratamentului adecvat.

EDEMUL PULMONAR ACUT

◆ **Definiţie şi cauze**

Inundarea alveolelor pulmonare de către plasma sangvină în exces, care nu se poate întoarce suficient de repede la inimă, din cauza incapacităţii acesteia de a pompa suficient. Reprezintă principala complicaţie acută a insuficienţei cardiace. Principalii factori declanşatori sînt: renunţarea la regimul fără sare, un puseu hipertensiv, o tulburare de ritm cardiac, un infarct, întreruperea tratamentului sau o altă boală acută, cum ar fi o infecţie pulmonară.

Remarcă: edemul pulmonar poate fi determinat şi de o leziune a membranei care separă aerul din alveolele pulmonare de micile vase sangvine, la nivelul

căreia se produce pătrunderea oxigenului în sînge şi eliminarea dioxidului de carbon. Cauzele pot fi reprezentate de toxice (monoxid de carbon, heroină, gaze iritante), infecţii, înec sau aspirarea de suc gastric.

Frecvenţă

Frecvenţa este legată direct de cea a insuficienţei cardiace cronice care este în creştere constantă din cauza îmbătrînirii populaţiei.

Semne şi simptome

Simptomul major este insuficienţa respiratorie cu accelerarea respiraţiei (polipnee), colorarea în albastru a buzelor şi a vîrfurilor degetelor (cianoză), transpiraţiile, un zgomot caracteristic (ca acela produs de bulele care se sparg la suprafaţa apei) şi expectorarea unei spume roz la un bolnav care stă în şezut şi nu poate suporta poziţia culcat. La auscultaţia plămînilor medicul descoperă zgomote caracteristice numite raluri crepitante.

Investigaţii

Cuprind o radiografie pulmonară, o electrocardiogramă, dozarea enzimelor cardiace (pentru detectarea unui eventual infarct) şi analiza gazelor sangvine (dozarea oxigenului şi a dioxidului de carbon din sînge), dar acestea nu trebuie să întîrzie iniţierea tratamentului.

Evoluţie şi complicaţii

Este o afecţiune gravă care, în lipsa tratamentului, poate fi mortală prin asfixie. Un tratament energic permite în general o evoluţie favorabilă rapidă.

Tratament

Constă în administrarea de oxigen în concentraţie mare şi de medicamente care reduc sarcina inimii (diuretice = elimină prin urină excesul de apă din organism, vasodilatatoare precum nitroglicerina = sîngele revine mai puţin rapid la inimă întrucît poate fi stocat în vasele al căror diametru a crescut în acest mod). Bineînţeles, atunci cînd se identifică un factor declanşator, acesta trebuie tratat. În cazurile cele mai grave se va recurge la ventilaţie asistată cu utilizarea unei măşti sau a unei sonde introduse în trahee.

◆ Prevenţie şi educaţie

Educaţia pacientului are ca obiectiv evitarea situaţiilor care pot antrena un edem pulmonar: respectarea regimului fără sare, urmarea corectă a tratamentului medicamentos, solicitarea precoce a medicului în caz de respiraţie dificilă etc.

EDEMUL PULMONAR DE ALTITUDINE

◆ Definiţie şi cauze

Insuficienţă respiratorie determinată de un edem pulmonar, care survine în timpul unei ascensiuni prea rapide urmată de un sejur prelungit la altitudine. Cauza este un răspuns inadecvat al plămînilor la scăderea concentraţiei de oxigen din aerul inspirat (la 5 000 m concentraţia oxigenului scade la jumătate). Există o mare variabilitate de reacţie de la o persoană la alta.

◆ Frecvenţă

Afectează frecvent persoane tinere, care nu suferă de nici o afecţiune pulmonară sau cardiacă, după 6 ore pînă la 4 zile de la depăşirea altitudinii de 4 000 m. Majoritatea cazurilor survin între 3 000 şi 4 500 m, mai ales în Anzi şi în Himalaya.

◆ Semne şi simptome

Debutul tulburărilor este adesea nocturn şi progresiv. Apar mai întîi semnele răului de altitudine (dureri de cap, insomnie, greaţă, tuse seacă, respiraţie dificilă), ulterior agravarea este rapidă mergînd spre insuficienţă respiratorie severă cu respiraţie accelerată, zgomotoasă, coloraţie albastră a buzelor şi a extremităţilor degetelor (cianoză), precum şi expectorarea unei spume roz.

◆ Investigaţii

Nu este necesară nici o investigaţie pentru stabilirea diagnosticului, sînt suficiente circumstanţele şi simptomele.

◆ Evoluţie şi complicaţii

Tratamentul permite în general o evoluţie rapid favorabilă, dar este vorba despre o afecţiune gravă care poate antrena o asfixie potenţial mortală, mai ales în cazul

asocierii cu tulburări neurologice produse de un edem cerebral, şi acesta legat de altitudine.

◆ **Tratament**

Conduita care trebuie urmată asociază repausul, administrarea de oxigen şi coborîrea la altitudine joasă (sub 2 500 m). Uneori pot fi utilizate diureticele (medicamente care stimulează producerea de urină, ceea ce permite eliminarea excesului de apă).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Cea mai bună recomandare este „Nu urcaţi prea repede la altitudine prea mare". Parcurgerea unei diferenţe de nivel de 300 m în 24 ore la mai puţin de 3 000 m permite majorităţii persoanelor să se aclimatizeze fără probleme. Apariţia semnelor de rău de altitudine impune cel puţin întreruperea înaintării şi, dacă este posibil, coborîrea.

EDWARDS (SINDROMUL) SAU TRISOMIA 18

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală genetică a cărei caracteristică este prezenţa unui al treilea cromozom 18.

◆ **Frecvenţă**

Această anomalie afectează un copil din 8 000, cu predominanţă la sexul feminin (3/1).

◆ **Semne şi simptome**

Greutatea la naştere este mică şi există numeroase tulburări morfologice: formă caracteristică a craniului cu occiput proeminent şi bărbie mică, anomalii ale mîinilor şi picioarelor. Apar frecvent malformaţii cardiace, renale şi ale altor organe.

◆ **Investigaţii**

Analiza cromozomilor (cariotipul) permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

30% din copii decedează în prima lună din cauza malformaţiilor unor organe interne. Cei care supravieţuiesc au un retard mental sever.

◆ **Tratament**

Se limitează la tratamentul eventual al unor malformaţii curabile.

◆ **Prevenţie**

Consilierea genetică este utilă (riscul de recidivă la o nouă sarcină este de 1%).

EHLERS-DANLOS (SINDROMUL)

◆ **Definiţie şi cauze**

Sindrom ce grupează boli genetice caracterizate prin: piele foarte elastică, ligamente foarte slabe (laxe) la nivelul articulaţiilor şi fragilitate osoasă. Cauza este o anomalie a colagenului, substanţă care asigură arhitectura de susţinere a majorităţii ţesuturilor. Se cunosc peste 10 forme distincte.

◆ **Frecvenţă**

Este de 1/5 000 naşteri.

◆ **Semne şi simptome**

Pielea prezintă elasticitate exagerată (sindromul „omului de cauciuc") şi fragilitate, cu prezenţa de numeroase zgîrieturi şi cicatrici. Afectarea ligamentelor şi a articulaţiilor se traduce în special prin posibilitatea de flectare a celui de-al cincilea deget pe mînă cu peste 90°. Se produc, de asemenea, luxaţii ale şoldului sau ale altor articulaţii, care nu pot fi repuse la loc. Sînt posibile şi alte afectări: fragilitate vasculară (dilataţii numite anevrisme, comunicaţii între artere şi vene numite fistule arteriovenoase etc.), afectare oculară (membrana posterioară a ochiului, care asigură forma acestuia, numită sclerotică, de culoare albastră), dilataţii ale intestinelor.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se stabileşte în principal pe baza aspectului pacientului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În majoritatea cazurilor, această boală este benignă. În formele severe, prognosticul este legat în primul rînd de accidentele antrenate de malformaţiile vasculare.

◆ **Tratament**

În formele severe, tratamentul chirurgical al deformărilor articulare este util. La copii se indică o abordare globală, incluzînd tratamentul fracturilor şi al deformărilor (imobilizare, chirurgie). În unele forme există un risc de ruptură de uter în cursul sarcinii. În formele cu afect-

are vasculară este necesară depistarea dilataţiilor arteriale.

EHRLICHIOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă din familia rickettsio-... produsă de un germene numit *Ehrlichia*, al cărei tablou clinic este asemănător celui al febrei pătate a Munţilor ...

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune rară. Forma cu *Ehrlichia canis* este transmisă de căpuşa brună a cîinelui.

◆ **Semne şi simptome**

Boala se manifestă prin: febră ridicată, stare de rău general, dureri musculare şi dureri de cap intense. În cazurile grave se produc: afectare sangvină (scăderea numărului de globule albe şi plachete), afectare hepatică, insuficienţă renală şi o coagulare anormală a sîngelui (coagulare intravasculară diseminată).

◆ **Investigaţii**

Examinarea sîngelui la microscop evidenţiază modificări caracteristice ale globulelor albe (incluzii leucocitare pe frotiul sanguin). Se poate efectua un serodiagnostic (examen care identifică în sînge anticorpi îndreptaţi împotriva acestui germene).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul permite în general o vindecare rapidă, dar în formele severe poate surveni decesul.

◆ **Tratament**

Antibioticele eficiente sînt cele din clasa ciclinelor (de exemplu doxiciclina) sau cloramfenicolul.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia constă în protejarea împotriva înţepăturilor de căpuşă (purtarea de haine protectoare în timpul plimbărilor în pădure).

EMBOLIA AMNIOTICĂ

Accident foarte rar care survine mai ales în cursul unei naşteri dificile necesitînd manevre obstetricale pentru scoaterea fătului. Este provocată de migrarea de lichid amniotic în circulaţia pulmonară a mamei. Simptomele sînt: scăderea brutală a tensiunii însoţită de învineţirea buzelor şi a degetelor (cianoză provocată de oxigenarea deficitară a ţesuturilor), asociată cu insuficienţă respiratorie urmată în general de stop cardiac. Dacă pacienta supravieţuieşte, tulburările de coagulare sangvină (coagularea intravasculară diseminată) reprezintă complicaţia cea mai frecventă.

EMBOLIA GAZOASĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Ansamblul manifestărilor datorate migrării unor bule de gaz în vasele sangvine. În afara accidentelor de decompresiune survenite în timpul scufundărilor subacvatice, principalele cauze sînt reprezentate de erorile de manipulare a perfuziilor (cateter plasat într-o venă mare profundă), unele investigaţii ce utilizează sau nu insuflarea de gaz (celioscopia, intervenţia pe pleură) şi unele manevre chirurgicale (circulaţie extracorporală, neurochirurgie, avort etc.).

◆ **Frecvenţă**

Rară.

◆ **Semne şi simptome**

Embolia gazoasă se traduce prin manifestări neurologice instalate brutal (tulburări ale stării de conştienţă, convulsii, paralizii etc.) şi circulatorii (scădere brutală a tensiunii, stop cardiac, durere toracică, tulburări de ritm cardiac etc.).

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se stabileşte în principal pe baza relatării accidentului şi a simptomelor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Stopul cardiac iniţial antrenează adesea decesul. Sechelele neurologice sînt frecvente. Prognosticul este cu atît mai bun cu cît tratamentul este instituit mai rapid.

◆ **Tratament**

Tratamentul asociază măsuri de reanimare şi oxigenoterapie hiperbară (pacientul este plasat într-un cheson în care presiunea este mai mare decît presiunea atmosferică), a cărei eficienţă se datorează reducerii volumului bulelor de aer,

ceea ce facilitează eliminarea acestora, şi ameliorării aportului de oxigen la ţesuturi.

◆ **Prevenţie**

Prevenţia eficientă cuprinde supravegherea foarte strictă a pacienţilor în timpul explorărilor şi al intervenţiilor chirurgicale cu risc, precum şi respectarea măsurilor de precauţie specifice la montarea şi supravegherea cateterelor introduse în vene profunde.

EMBOLIA GRASĂ

Migrarea unui fragment de ţesut provenit din măduva osoasă, întîlnită în cursul fracturilor oaselor lungi (în special femur). Principalele semne sînt: insuficienţa respiratorie acută (edem pulmonar acut lezional) şi accidentele neurologice (hemiplegie, comă). Reprezintă un accident grav, care poate duce la decesul pacientului. Tratamentul cuprinde în principal măsuri de reanimare adecvate pentru starea pacientului. Prevenţia necesită evitarea manipulării şi a mobilizării fracturilor de acest tip înainte de operaţie, în special în timpul transportării rănitului.

EMBOLIA PULMONARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Obstrucţia bruscă a unei artere pulmonare [A 6-35] de către un cheag de sînge. Aceasta împiedică plămînul să îşi îndeplinească rolul în cadrul respiraţiei; într-adevăr, dacă aerul continuă să ajungă la alveole, sîngele nu mai circulă pe la acest nivel, ceea ce împiedică intrarea oxigenului şi eliminarea dioxidului de carbon din sînge. Principala cauză este tromboza venoasă profundă de membru inferior: cheagul se detaşează, urcă spre inimă şi trece în artera pulmonară, unde se blochează. Principalii factori favorizanţi sînt imobilizarea prelungită (după o operaţie sau o naştere, imobilizare în gips, o călătorie lungă cu avionul [sindromul clasei turist] etc.), pilulele contraceptive, fumatul, anomaliile de coagulare (deficit de antitrombină III etc.).

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă o patologie des întîlnită şi una dintre cauzele de moarte subită.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele cele mai frecvente sînt durerea în piept, senzaţia de respiraţie dificilă cu accelerarea acesteia şi anxietate. Existenţa unei tromboze venoase profunde la nivelul membrului inferior reprezintă un argument în favoarea acestui diagnostic. Tabloul poate fi grav de la început, cu scăderea brutală a tensiunii (colaps) şi insuficienţă respiratorie.

◆ **Investigaţii**

Analiza numită dozarea gazelor sangvine permite măsurarea concentraţiei de oxigen şi de dioxid de carbon din sînge, prin prelevarea de sînge din artera radială de la nivelul articulaţiei pumnului. Explorările care permit evidenţierea lipsei circulaţiei într-o regiune a plămînului sau vizualizarea cheagului sînt: scintigrafia pulmonară, examenul angio-CT, ecografia transesofagiană sau angiografia pulmonară.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratată precoce, evoluţia emboliei pulmonare este în general favorabilă. Complicaţiile sînt: recidiva, starea de şoc şi, în cazurile cele mai grave, stopul cardiac. Uneori, în special în caz de recidivă, pot rămîne sechele cardiace: se vorbeşte atunci de cordul pulmonar cronic.

◆ **Tratament**

În formele grave, artera poate fi desfundată cu ajutorul unor medicamente care dizolvă rapid cheagul, numite trombolitice şi în mod excepţional prin intervenţie chirurgicală.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia constă în mobilizarea cît mai precoce a pacientului, mersul pe jos, purtarea de ciorapi de contenţie şi administrarea de medicamente anticoagulante, injectate o dată pe zi sub pielea abdomenului (heparine cu greutate moleculară mică, de exemplu Fraxiparine®, Lovenox® etc.) în mod sistematic, în toate situaţiile cu risc. În unele cazuri se montează un filtru în vena cavă inferioară pentru a preveni urcarea cheagurilor spre inimă şi a evita recidivele.

EMFIZEMUL PULMONAR

Definiție și cauze

Boală caracterizată prin distrugerea alveolelor, ceea ce antrenează formarea de „bule" în țesutul pulmonar. Cauza cea mai frecventă este bronșita cronică tabagică.

Frecvență

Este greu de separat bronșita cronică obstructivă de emfizemul pulmonar, cele două boli afectînd un număr mare de persoane, cel mai important factor implicat fiind fumatul.

Semne și simptome

Apare o bronșită cronică exprimată prin tuse și expectorații. Într-un stadiu mai avansat apare o senzație de respirație dificilă (dispnee), inițial la efort, apoi chiar și în repaus.

Investigații

Radiografia pulmonară și tomografia arată distensia plămînilor și prezența de „bule" în țesutul pulmonar. Analiza numită dozarea gazelor sangvine permite măsurarea concentrației sangvine a oxigenului și a dioxidului de carbon, prin prelevarea de sînge din artera radială la nivelul articulației pumnului: aceasta descoperă o lipsă de oxigen (hipoxemie) și un exces de dioxid de carbon (hipercapnie).

Evoluție și complicații

Evoluția se face către insuficiență respiratorie cronică, cu puseuri de insuficiență respiratorie acută ce pot necesita internarea într-o secție de terapie intensivă. Principalele complicații sînt infecțiile bronșice, pneumotoraxul (prin spargerea unei „bule" în pleură, foița ce înconjoară plămînii) și insuficiența cardiacă.

Tratament

Tratamentul este identic cu cel din bronșita cronică obstructivă: medicamente care dilată bronhiile (bronhodilatatoare, de exemplu salbutamol [Ventolin®] sau teofilină); corticoizi; antibiotice în caz de infecție; kineziterapie respiratorie și administrarea de oxigen la domiciliu în formele avansate. Complicațiile acute pot necesita internarea în terapie intensivă și trecerea pacientului pe respirație artificială. În unele cazuri este utilă intervenția chirurgicală, pentru îndepărtarea „bulelor" și evitarea complicațiilor.

◆ **Prevenție și educație**

Întreruperea fumatului este obligatorie în stadiul de bronșită cronică, aceasta fiind reversibilă. Pacienții care primesc oxigen la domiciliu trebuie să beneficieze de o instruire specifică în acest sens.

ENCEFALITA DE CĂPUȘE

◆ **Definiție și cauze**

Infecție produsă de un virus din familia arbovirusurilor (arboviroză), transmisă la om prin înțepătura de căpușă și afectînd în principal sistemul nervos (creierul și nervii). Există două tipuri de virusuri: unul prezent în Europa centrală și de est (inclusiv estul Franței), celălalt, mai virulent, în Siberia și Extremul Orient. Intervalul de timp dintre înțepătură și declanșarea bolii (perioada de incubație) este de 2–4 zile.

◆ **Frecvență**

Riscul de infecție este prezent în toate pădurile și zonele cu ierburi înalte din regiunile infestate. Perioada din an cu risc maxim de transmitere este din aprilie și pînă în luna noiembrie.

◆ **Semne și simptome**

Prima fază constă din febră izolată care durează 2–7 zile și apoi dispare. Faza a doua se manifestă prin: febră, dureri de cap, alterarea stării de conștiență (obnubilare), grețuri, vărsături, dureri musculare precum și semne de meningită, însoțite de diferite paralizii.

◆ **Investigații**

Analiza lichidului cefalorahidian obținut prin puncție lombară arată ușoare modificări. Diagnosticul se confirmă prin evidențierea în sînge a anticorpilor îndreptați împotriva virusului (în laboratoare specializate).

◆ **Evoluție și complicații**

Principalele complicații sînt sechelele neurologice de tipul paraliziilor. Mortalitatea este redusă în forma europeană (sub 1%) dar poate depăși 20% în forma întîlnită în Extremul Orient.

◆ **Tratament**
Tratamentul se limitează la ameliorarea simptomelor.
◆ **Prevenţie**
Profilaxia prin injectarea de imunoglobuline (sau anticorpi) este posibilă în primele 4 zile de la înţepătură. Vaccinarea (Ticovac®) este recomandată în caz de sejur în pădurile sau cîmpiile din zonele cu risc. Celelalte măsuri preconizate sînt purtarea de haine lungi, aplicarea de substanţe împotriva insectelor pe zonele de piele descoperită şi examinarea pielii la întoarcerea de la fiecare plimbare, pentru a îndepărta imediat căpuşele.

ENCEFALITA DE SAINT-LOUIS

Infecţie virală din grupul arbovirozelor, transmisă prin înţepătura de ţînţar, care a provocat cîteva epidemii în SUA. Intervalul de timp dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de circa două săptămîni. De cele mai multe ori infecţia este inaparentă, dar uneori poate fi gravă, afectînd creierul (encefalită, caracterizată prin tulburări ale stării de conştienţă, chiar comă). Persoanele vîrstnice şi copiii sînt cei mai expuşi. Boala poate fi mortală.

ENCEFALITA JAPONEZĂ

Infecţie virală din grupul arbovirozelor, care afectează creierul. Este întîlnită în Asia orientală şi se transmite prin intermediul unui ţînţar. Tabloul clinic este asemănător celui din encefalita de Saint-Louis. Se distinge prin severitatea tulburărilor psihice şi a contracturilor musculare, precum şi prin gravitatea şi frecvenţa sechelelor psihice şi motorii (tremurături şi rigiditate la nivelul membrelor, ca în boala Parkinson). Există un vaccin eficient, recomandat în caz de călătorie în zonele cu risc.

ENCEFALOPATIA HEPATICĂ SAU COMA HEPATICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Reprezintă ansamblul tulburărilor neurologice determinate de acumularea unor toxine în organism, ca urmare a funcţionării inadecvate a ficatului (insuficienţă hepatică severă). Principalele cauze sînt o serie de boli hepatice cronice (ciroza hepatică ş.a.) sau acute (hepatită virală, toxică etc.).
◆ **Frecvenţă**
Reprezintă o complicaţie relativ frecventă a insuficienţei hepatice, care poate fi declanşată de o hemoragie digestivă, de infectarea unei ascite, de administrarea de sedative etc.
◆ **Semne şi simptome**
Se manifestă prin:
1. Tulburări psihice: apatie, tulburări de comportament, confuzie, dezorientare, comă.
2. Tulburări neurologice: asterixis sau flapping tremor (corespunzînd unor mişcări scurte de flexie şi de extensie în articulaţia pumnului cînd pacientul ţine mîinile întinse în faţă), hipertonie, crize convulsive etc.
3. Respiraţie mai amplă (hiperventilaţie) însoţită de un miros dulceag şi de acetonă al respiraţiei (foetor hepaticus).

◆ **Investigaţii**
Analizele sangvine confirmă anomaliile în funcţionarea ficatului. Electroencefalograma arată o încetinire a activităţii electrice cerebrale, care însă poate apărea şi în alte boli.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Complicaţiile sînt cele ale unei come. Riscul de hipoglicemie şi de hemoragie digestivă este semnificativ. Prognosticul este sever, cu o mortalitate de 50% în cirozele hepatice şi de 80% în cursul hepatitelor acute virale sau toxice.
◆ **Tratament**
Presupune internarea într-o secţie de terapie intensivă cu instituirea unui tratament complex şi eventual îndepărtarea factorului declanşator.

ENCEFALOPATIILE SPONGIFORME SUBACUTE TRANSMISIBILE

Ansamblu de boli ce afectează creierul, dintre care cea mai cunoscută este boala

...dt-Jakob. Acestea sînt produse de un agent transmisibil încă neidentificat, legat de acumularea unei proteine numită prion. Se caracterizează prin instalarea unei demenţe care evoluează rapid spre deces. Reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, subliniată de scandalul „bolii vacii nebune“ sau al encefalopatiei spongiforme bovine (ESB). Incertitudinile privind modalităţile de transmitere şi durata perioadei de incubaţie (intervalul de timp dintre contaminare şi declanşarea bolii) impun o atenţie deosebită, care justifică aplicarea unor măsuri de protecţie sanitară foarte stricte.

...COPREZISUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Prezenţa unei incontinenţe a sfincterului anal (copilul nu are control asupra actului de defecaţie) în absenţa unei boli sau a unei malformaţii la un copil de peste 3 ani. Cauza este de natură psihologică (împotrivirea faţă de mamă, cu rezistenţă la deprinderea controlului voluntar al sfincterului anal).

◆ **Frecvenţă**

Frecvenţa este redusă. Debutul se situează în general în jurul vîrstei de 6 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Incontinenţa se manifestă aproape întotdeauna în timpul zilei. La tuşeul rectal se poate găsi un conglomerat de materii fecale dure (fecalom), care apare din cauza retenţiei voluntare a scaunului. Factorii declanşatori sînt: traumele afective, schimbarea condiţiilor de viaţă etc. Tulburările afective pot apărea şi la copiii cu inteligenţă normală. Atitudinea punitivă a părinţilor agravează tulburarea.

◆ **Investigaţii**

Au ca singur scop excluderea unei cauze organice (fisură anală, tulburări neurologice etc.).

◆ **Evoluţie**

Este imprevizibilă. Majoritatea formelor rebele par să se vindece între 10 şi 15 ani.

◆ **Tratament**

Este necesară psihoterapia împreună cu părinţii. Un eventual fecalom trebuie evacuat.

ENDOCARDITA BACTERIANĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie produsă de bacterii care atacă suprafaţa valvelor cardiace [A 7], ceea ce poate duce la distrugerea acestora. Termenul de endocardită semnifică inflamaţia endocardului, care reprezintă stratul de ţesut care tapetează pereţii interni ai inimii. Riscul de endocardită bacteriană este mai crescut în cazul unei anomalii a valvelor sau al unei malformaţii cardiace preexistente, dar boala poate surveni şi pe o inimă complet sănătoasă. Germenii care produc afecţiunea ajung la inimă prin circulaţia sangvină, provenind de la o infecţie cel mai adesea dentară, digestivă, cutanată, urinară sau din sfera ORL.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiun rară. Este de două ori mai frecventă la bărbaţi, în special după 50 ani, cu un vîrf al frecvenţei spre 70–75 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Asocierea unei febre inexplicabile cu un suflu cardiac.

◆ **Investigaţii**

Identificarea germenelui se face prin însămînţarea pe medii de cultură a unui eşantion de sînge (hemocultură). Ecografia cardiacă permite identificarea anomaliilor cardiace, evaluarea disfuncţiei valvulare şi a funcţiei cardiace. Este necesară identificarea focarului infecţios din care provine germenele pentru a preleva şi de acolo, dacă este posibil, probe bacteriologice.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Complicaţiile sînt: insuficienţa cardiacă (edemul pulmonar acut) şi accidentele vasculare cerebrale (fragmente de ţesut infectat pornesc de la inimă şi înfundă vase din creier). Mortalitatea este ridicată, în special în cazul endocarditelor instalate pe valve artificiale.

◆ **Tratament**

Constă în administrarea intravenoasă de antibiotice, alese în funcţie de germenele identificat şi tratamentul infecţiei iniţiale

aflate eventual la origine. Înlocuirea valvei este obligatorie în caz de endocardită pe valvă artificială.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Administrarea sistematică de antibiotice în scop profilactic este indispensabilă în cazul manevrelor medicale care prezintă risc de trecere a germenilor în circulaţie (tratament stomatologic, intervenţie chirurgicală pe tubul digestiv, pe aparatul urinar, în sfera ORL etc.) la pacienţii care prezintă deja anomalii ale valvelor sau anumite malformaţii cardiace congenitale (încă de la naştere).

ENDOMETRIOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune ginecologică care constă în prezenţa de ţesut provenit din peretele intern al uterului [A 14-4], numit endometru, în afara cavităţii uterine, pe alte ţesuturi sau organe situate în bazin, în special pe ovare. Cauza probabilă este refluxul celulelor endometriale prin trompele uterine în timpul menstruaţiei.

◆ **Frecvenţă**

Sînt afectate 10–15% din femeile între 25 şi 44 ani care au menstruaţie. Frecvenţa este estimată la 25–50% din femeile sterile.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele depind de localizare. Cele mai frecvente sînt:

1. Durerile: dismenoree (durere la menstruaţie), dispareunie (durere în timpul actului sexual).
2. Sterilitatea.
3. Poziţia anormală a uterului numită retroversie (fundul uterului este proiectat în spate, iar colul urcă spre pubis).
4. Prezenţa unei mase tumorale ale cărei volum şi caracter dureros evoluează în funcţie de ciclul menstrual.

◆ **Investigaţii**

Ecografia este explorarea iniţială cu valoare orientativă, dar diagnosticul se pune prin vizualizarea şi/sau biopsia leziunilor prin celioscopie (introducerea unui tub prevăzut cu un sistem optic printr-o mică incizie realizată la nivelul peretelui abdominal). Dozarea în sînge a unei substanţe numită CA 125 este utilă pentru evaluarea severităţii afecţiunii şi urmărirea eficienţei tratamentului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Scopul tratamentului este mai degrabă ameliorarea simptomelor decît eradicarea bolii. Consecinţele asupra fertilităţii sînt variabile.

◆ **Tratament**

Presupune îndepărtarea leziunilor prin celioscopie. Tratamentul medical utilizează o serie de hormoni: progestative şi analogi de Gn-RH (Suprecur®, Zoladex®) sau, mai rar, danazol (Danol 100, Danoval®).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Trebuie înţeles faptul că endometrioza nu reprezintă o boală în sine, ci produce doar disconfort prin manifestările sale, că riscurile unei celioscopii nu sînt complet nule şi că efectuarea acesteia necesită o discuţie între pacientă şi medic privind raportul risc/beneficiu.

ENTEROCOLITA ULCERONECROZANTĂ A NOU-NĂSCUTULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Întreruperea circulaţiei sangvine la nivelul unei părţi din intestin, ceea ce antrenează moartea ţesuturilor acestuia. Partea cea mai frecvent afectată este ultima porţiune a intestinului subţire, numită ileon [A 12-11(1)].

◆ **Frecvenţă**

Afectează în special nou-născuţii prematuri sau bolnavi.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele manifestări sînt: balonarea abdominală, prezenţa de sînge în scaun, începutul de ocluzie cu vărsături bilioase (verzui).

◆ **Investigaţii**

Radiografia abdominală arată ansele intestinale dilatate şi pline cu gaz, uneori cu bule de aer vizibile în peretele intestinal.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt: septicemia, perforarea intestinului şi peritonita, care pot fi mortale.

Tratament

Tratamentul iniţial cuprinde întreruperea alimentaţiei orale şi înlocuirea acesteia cu perfuzii (nutriţie parenterală), aspirarea secreţiilor digestive prin intermediul unei sonde introduse prin gură în stomac şi administrarea de antibiotice. In caz de perforaţie se impune tratamentul chirurgical.

Prevenţie

S-ar părea că amînarea alimentaţiei orale la copiii cu risc şi înlocuirea acesteia cu perfuzii timp de cîteva săptămîni scade riscul de apariţie a unei enterocolite ulceronecrozante.

ENTEROCOLITELE INFECŢIOASE

Termen care înglobează ansamblul infecţiilor intestinului subţire şi colonului [A 12-8/13(1)]. Acestea se pot produce prin contaminarea alimentelor şi sînt favorizate de igiena precară: salmoneloze, shigeloze, toxiinfecţii alimentare. Există şi o formă secundară administrării de antibiotice, numită *colită pseudomembranoasă*. Simptomul principal este diareea. Germenele implicat poate fi identificat în scaun (coprocultură), în sînge (hemoculturi), precum şi prin evidenţierea anticorpilor în sînge (serodiagnostic). Tratamentul constă în rehidratare şi administrarea de antibiotice adecvate pentru germenele în cauză.

ENTROPIONUL

Definiţie şi cauze

Răsfrîngerea spre interior a marginii pleoapei. Această anomalie poate sau să existe de la naştere (origine congenitală), sau să fie legată de îmbătrînire, de prezenţa unor cicatrice (traumatisme, arsuri etc.), de inflamaţie locală sau de o intervenţie chirurgicală la nivelul ochiului.

◆ **Frecvenţă**

Problemă relativ frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Se produce frecarea genelor de cornee [A 16-14(1)], însoţită de semne de iritaţie (roşeaţă, lăcrimare, sensibilitate la lumină).

◆ **Investigaţii**

Nu sînt utile decît pentru identificarea leziunilor corneei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalul risc este cel al leziunilor corneene (ulceraţii).

◆ **Tratament**

Este chirurgical şi trebuie aplicat precoce, pentru a preveni sechelele corneene.

ENUREZISUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Eliminare involuntară şi inconştientă de urină, în absenţa unei leziuni a aparatului urinar, survenind cel mai adesea în cursul somnului, la un copil de peste 5 ani. Enurezisul este primar, în cazul în care copilul nu a avut niciodată control voluntar asupra micţiunii şi atunci este vorba despre o imaturitate mai mult sau mai puţin prelungită a controlului automat al vezicii urinare. Se vorbeşte de enurezis secundar atunci cînd acesta apare la un copil care a avut control voluntar al micţiunii timp de cel puţin un an; în acest caz se poate identifica adesea o traumă psiho-afectivă în antecedente.

◆ **Frecvenţă**

Boală frecventă, care afectează aproape 10% din copii, mai frecvent băieţii (doi băieţi la o fată).

◆ **Investigaţii**

Investigaţiile au ca singur scop excluderea unei boli sau a unei leziuni care s-ar putea afla la originea acestei tulburări (malformaţie cu existenţa unei comunicări între căile urinare şi vagin la fetiţe, tulburare neurologică avînd influenţă asupra controlului vezicii urinare etc.).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Cel mai adesea vindecarea se obţine în cîteva luni.

◆ **Tratament**

Metodele de condiţionare sau de alarmare cu ajutorul unor aparate de tip „Pipi-Stop" sînt eficiente, chiar dacă uneori sînt greu acceptate de familie. Tratamentul medicamentos constă din administrarea de antidepresive şi un hormon care limitează producerea de urină, desmopresina (Minirin®, Adiuretin®). Psihoterapia este utilă în formele secundare.

◆ **Educaţie**

Educaţia presupune deprinderea controlului voluntar al vezicii urinare (urinarea la ore fixe şi întreruperea repetată a jetului), trezirea copilului noaptea în jurul orei 23, renunţarea la scutece etc.

EPICONDILITA BULOASĂ (COTUL JUCĂTORULUI DE TENIS ELBOW)

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţia muşchilor porţiunii externe a antebraţului (care servesc la extensia degetelor şi a articulaţiei pumnului) şi a tendoanelor acestora la nivelul zonei de fixare pe vîrful extern al articulaţiei cotului, numit epicondil. Este favorizată de mici traumatisme repetate, legate de o activitate profesională sau sportivă (în special tenis).

◆ **Frecvenţă**

Este relativ frecventă, în special la bărbaţii tineri.

◆ **Semne şi simptome**

Durere a porţiunii externe a cotului, declanşată sau exacerbată de mişcările mîinii la apucarea unui obiect (mişcări de prehensiune) sau de mişcările de torsiune ale antebraţului. Mobilitatea nu este limitată.

◆ **Investigaţii**

Tratamentul duce la ameliorarea rapidă a simptomelor. Chiar în absenţa tratamentului, vindecarea se produce adesea spontan în cîteva luni.

◆ **Tratament**

Punerea în repaus a mîinii timp de cel puţin 15 zile este obligatorie. Aplicarea unor temperaturi scăzute (crioterapia), medicamente antiinflamatorii sub formă de pomezi sau comprimate, precum şi masajul produc frecvent o ameliorare a simptomelor. În cazul persistenţei durerii sînt necesare infiltraţiile cu derivaţi de cortizon. Reluarea activităţii sportive sau de altă natură care a declanşat afecţiunea va trebui făcută cu atenţie şi progresiv. În unele forme deosebit de rebele poate fi luată în calcul o intervenţie chirurgicală

◆ **Prevenţie şi educaţie**

În sporturile în care cotul este intens solicitat, respectarea unor măsuri de precauţie permite limitarea apariţiei acestui tip de afecţiune: încălzire, utilizarea de echipament adecvat, corectarea greşelilor tehnice de către un antrenor etc.

EPIDERMOLIZA BULOASĂ TOXICĂ ACUTĂ SAU (VEZI) SINDROMUL LYELL

EPIDERMOLIZELE BULOASE EREDITARE

Grup de afecţiuni rare ale pielii, de natură genetică. Se caracterizează prin formarea de bule ca urmare a unei anomalii a joncţiunii dintre stratul superficial a pielii (epiderme) şi stratul mai profund al acesteia (derme).

Se disting mai multe tipuri:

1. **Epidermolizele intraepidermice:** sînt cele mai frecvente şi nu lasă cicatrice.
– **Forma generalizată Köbner:** debutează la scurt timp după naştere, bulele sînt prezente pe toată suprafaţa corpului, precum şi la nivelul mucoaselor; se vindecă spontan, fără să lase urme. Transmiterea de la părinţi la copii este variabilă.
– **Forma localizată Cockayne-Weber:** debutează la vîrsta mersului şi nu afectează decît palmele şi tălpile. Transmiterea este dominantă, ceea ce înseamnă că este suficient ca unul dintre părinţi să aibă boala şi să transmită gena defectă pentru ca şi copilul să fie afectat.
– Epidermoliza buloasă herpetiformă Dowling-Meara: bule prezente de la naştere, dispuse sub formă de arabescuri, foarte dureroase. Pentru ca boala să apară la copil, trebuie ca ambii părinţi (la care boala poate să nu se manifeste) să transmită gena defectă (transmitere recesivă).

2. **Epidermolizele joncţionale:**
– **Forma letală Herlitz:** bule prezente de la naştere pe piele şi mucoase, fără tendinţă de vindecare, cu deces în primul an de viaţă; diagnosticul înainte de naştere este posibil şi preferabil

pentru o eventuală întrerupere de sarcină. Pentru ca boala să apară la copil, trebuie ca ambii părinţi (la care boala nu se manifestă) să transmită gena defectă (transmitere recesivă).

Forma non-letală Hintner-Wolff: acelaşi tablou clinic ca mai sus, dar copilul supravieţuieşte prezentînd întîrziere în creştere şi leziuni ale laringelui (granuloame).

3. **Epidermolizele distrofice:** bulele lasă cicatrice.

Tipul Hallopeau-Siemens: bule hemoragice prezente de la naştere pe piele şi mucoase, deces rapid. Pentru ca boala să apară la copil, trebuie ca ambii părinţi (la care boala nu se manifestă) să transmită gena defectă (transmitere recesivă).

Tipul Cockayne-Touraine: leziuni ale pielii şi mucoaselor prezente de la naştere şi lăsînd cicatrice, cu tendinţă la ameliorare spontană între 10 şi 20 ani. Transmiterea este dominantă, ceea ce înseamnă că este suficient ca unul dintre părinţi să fie bolnav şi să transmită gena defectă pentru ca şi copilul să fie afectat.

Tipul albopapuloid Pasini: mici placarde albe ale pielii, situate pe trunchi şi umeri, provocate de cicatrizarea anormală a bulelor. Transmiterea este dominantă, ceea ce înseamnă că este suficient ca unul dintre părinţi să fie bolnav şi să transmită gena defectă, pentru ca şi copilul să fie afectat.

EPIDIDIMITA ŞI ORHIEPIDIDIMITA

Definiţie şi cauze

Epididimita reprezintă inflamaţia epididimului [A 15-12], care este format din porţiunea de început a canalelor de excreţie a spermei şi se situează pe faţa posterioară a testiculului. Dacă inflamaţia afectează şi testiculul, se vorbeşte despre orhiepididimită. Cauza este reprezentată de o infecţie: boală cu transmitere sexuală, infecţie urinară, prostatică sau generală.

◆ **Frecvenţă**

Este o boală frecventă la orice vîrstă.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă prin asocierea de durere acută la nivelul unei jumătăţi a scrotului, febră şi uneori o scurgere purulentă la nivelul uretrei. Palparea descoperă un epididim şi un testicul (în caz de orhiepididimită) mărite de volum şi dureroase.

◆ **Investigaţii**

Germenele implicat poate fi identificat în urină (urocultură), în sînge (hemoculturi) sau în lichidul care se scurge din uretră.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este bună sub tratament. În caz de complicaţii, se pot produce leziuni definitive ale testiculului, cu posibile repercusiuni asupra fertilităţii.

◆ **Tratament**

Este indicat repausul strict, administrarea de medicamente împotriva durerii şi a inflamaţiei, precum şi de antibiotice din familia ciclinelor (de exemplu doxiciclina) sau a fluoroquinolonelor (ca ofloxacina). În caz de complicaţii poate fi indicată intervenţia chirurgicală.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

În caz de boală cu transmitere sexuală este obligatorie tratarea partenerilor. Este necesară identificarea şi tratarea cauzelor de infecţie urinară şi prostatică, pentru evitarea recidivelor.

EPIFIZITA VERTEBRALĂ SAU (VEZI) BOALA SCHEUERMANN

EPIGLOTITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie a epiglotei [A 11-7], mică excrescenţă mobilă vizibilă în spatele limbii, situată deasupra porţiunii din fundul gîtului în care se găsesc corzile vocale şi care se numeşte glotă („epiglotă" înseamnă „care stă deasupra glotei"). Germenul implicat este *Haemophilus influenzae*. Gravitatea ei este dată de umflarea rapidă a epiglotei, care poate obstrua fundul gîtului ducînd la asfixierea copilului.

◆ **Frecvenţă**

Afectează mai ales copiii între 2 şi 5 ani,

dar se poate întîlni la orice vîrstă. A devenit foarte rară de la apariţia vaccinului anti-*Haemophilus*.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este brusc, cu febră mare şi dificultate în respiraţie (dispnee) care se agravează rapid, însoţită de dificultatea de a înghiţi (disfagie). Copilul stă în şezut, cu capul aplecat în faţă, gura deschisă, lăsînd să se scurgă saliva pe care nu o poate înghiţi.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se pune doar privind şi ascultînd copilul. Examinarea fundului de gît este interzisă, pentru a evita iritarea epiglotei, care riscă astfel să îşi crească şi mai mult volumul şi să provoace asfixierea copilului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Riscul principal este cel de asfixiere, cu stop cardiac.

◆ **Tratament**

Administrarea de corticoizi şi de antibiotice (cefotaxim) pe cale intramusculară sau intravenoasă constituie o urgenţă. Copilul trebuie transferat, în poziţie şezînd, într-un serviciu de terapie intensivă, unde va fi ţinut în cea mai mare parte a timpului sub respiraţie artificială. Uneori este necesară traheotomia (incizia traheei la nivelul gîtului), întrucît gîtul este blocat complet de epiglota crescută în volum.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Generalizarea vaccinării împotriva *Haemophilus influenzae* ar trebui să ducă la dispariţia aproape completă a acestei boli. Recomandarea esenţială pentru anturaj este interdicţia categorică de a întinde copilul în pat în cazul unei respiraţii dificile de acest tip, întrucît există riscul major de asfixiere prin obstrucţia completă a gîtului de către epiglota mult crescută în volum.

EPILEPSIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală cronică caracterizată prin repetarea de crize convulsive, datorate descărcărilor electrice brutale la nivelul unor celule din creier. În circa 1/3 din cazuri nu poate fi identificată nici o cauză evidentă; se vorbeşte în acest caz despre epilepsie esenţială. În alte cazuri este vorba despre epilepsie ca simptom al altei boli: alcoolism, tumoră cerebrală, accident vascular cerebral, malformaţie a unor vase din creier, intoxicaţie, sechele după traumatism cranian etc.).

◆ **Frecvenţă**

Este o boală frecventă, prezentă în special la vîrstnici şi copii; 50% dintre epilepsii apar înaintea vîrstei de 10 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Se disting crizele generalizate, în care este implicat tot corpul şi crizele parţiale, în care este implicată o singură parte a corpului.

Diferitele tipuri de crize generalizate sînt următoarele:

1. **Absenţa:** scurtă pierdere a conştienţei (sub 20 secunde).
2. **Criza mioclonică:** contracţii puternice, bruşte şi de scurtă durată ale muşchilor, afectînd în mod egal cele două jumătăţi ale corpului, în general fără pierdere de conştienţă.
3. **Criza tonicoclonică** (cea mai frecventă): fază de rigiditate (tonică) cu durata de 10–20 secunde, cu contracţia întregului corp şi pierderea conştienţei; ulterior faza clonică, avînd o durată de 30 secunde, constînd în contracţii musculare bruşte, intense şi de scurtă durată, cu relaxare intermitentă, care se opresc progresiv; în fine, faza numită postcritică (după terminarea convulsiilor), de durată variabilă, cu reluarea progresivă a conştienţei.

Diferitele tipuri de crize parţiale sînt următoarele:

1. **Criza motorie de tip Bravais-Jackson:** contracţiile afectează o singură parte a corpului, începînd de la nivelul degetelor mîinii, cuprinzînd progresiv membrul superior, apoi faţa şi membrul inferior.
2. **Criza senzitivă sau senzorială:** tulburări de vedere, auz, miros, gust sau ameţeli (vertij).

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine încearcă să evidenţieze o concentraţie anormală a unor

substanţe (sodiu, potasiu, glucoză, calciu, enzime hepatice), o intoxicaţie, o subdozare a medicamentelor antiepileptice, factori care se pot afla la originea convulsiilor. Funcţionarea şi anatomia creierului pot fi explorate prin electroencefalogramă, tomografie computerizată şi examen IRM.

Evoluţie şi complicaţii

Principala complicaţie este starea de rău epileptic: succesiune de crize fără revenire la o stare normală de conştienţă, putînd antrena decesul pacientului.

Tratament

Sedativele utilizate în urgenţă pentru întreruperea crizelor sînt cele din clasa benzodiazepinelor (ca diazepam). Pentru tratamentul preventiv al crizelor se pot utiliza numeroase medicamente, cum ar fi: valproatul de sodiu, carbamazepina, fenitoina (Fenitoin, Phenhydan®) sau fenobarbitalul. În unele cazuri, intervenţia chirurgicală permite distrugerea zonei responsabile de declanşarea descărcărilor.

Educaţie

Educaţia pacientului trebuie să se bazeze pe recunoaşterea semnelor premergătoare crizei, pe necesitatea de a-şi administra în mod regulat medicamentele şi pe riscurile la care această boală expune în viaţa cotidiană (meserii periculoase, conducerea automobilelor etc.). Cunoaşterea factorilor declanşatori (întreruperea bruscă a tratamentului, consumul de alcool, surmenajul sau insomniile, privitul la televizor sau la monitorul de calculator, jocurile video etc.) este, de asemenea, foarte importantă.

EPISCLERITA

Inflamaţie, de obicei localizată şi recidivantă a ţesutului care constituie învelişul extern al ochiului, numit episcleră şi care înconjoară sclerotica [A 16-4(1)]. Se traduce prin roşeaţă şi jenă moderată la nivelul ochiului, asociate cu lăcrimare. Apare o mică zonă sensibilă, roşie sau violacee, situată imediat sub conjunctivă. Originea este alergică în majoritatea cazurilor. Regresia este spontană, dar tratamentul prin aplicarea de colire antiinflamatorii permite scurtarea evoluţiei.

EPISTAXISUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Hemoragie nazală provenind din fosele nazale, sinusuri sau din porţiunea înaltă a fundului de gît [A 11]. Epistaxisul simplu poate fi consecinţa spargerii unor mici vase situate la nivelul unei zone deosebit de sensibile a foselor nazale, numită pata vasculară. Epistaxisul poate fi secundar hipertensiunii arteriale, unei tulburări de coagulare sangvină, unui traumatism sau unui corp străin blocat în nas.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune foarte frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Sîngerare la nivelul narinelor dacă sîngele se scurge în faţă (epistaxis anterior). Salivă sau vărsături cu sînge dacă acesta se scurge înapoi şi este înghiţit (epistaxis posterior).

◆ **Investigaţii**

Bilanţul sangvin urmăreşte evidenţierea anemiei, a unor tulburări de coagulare. Dacă sîngerarea este importantă trebuie determinat grupul sanguin, în vederea unei eventuale transfuzii. După 48 ore de pansament (tamponament), examinarea interiorului foselor nazale cu ajutorul unui sistem optic adecvat (rinoscopia) va putea căuta o eventuală cauză vizibilă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Reprezintă o problemă cel mai adesea benignă, dar sîngerarea poate fi masivă, avînd consecinţe grave în absenţa tratamentului.

◆ **Tratament**

Comprimarea nării cu degetul sau introducerea unui tampon de vată îmbibat cu apă oxigenată sînt suficiente în formele benigne. În celelalte cazuri se recurge la introducerea unei meşe sau a unui balonaş gonflabil pentru comprimarea zonei care sîngerează. În formele grave trebuie intervenit asupra arterei care sîngerează, fie prin obstruarea acesteia cu un mic „dop“ plasat cu ajutorul unui cateter introdus într-o arteră (arteriografie cu embolizare), fie prin ligatura ei în timpul unei intervenţii chirurgicale. Tratamentul

antibiotic este necesar timp de 48 ore în caz de tamponament, pentru a preveni apariția unei infecții.

◆ **Prevenție**

În caz de recidive frecvente, pacientul trebuie să se prezinte la un ORL-ist, care poate „arde" (cauteriza) vasele care sîngerează.

ERECȚIE (TULBURĂRILE DE)

◆ **Definiție și cauze**

Incapacitatea de a obține sau de a menține o erecție suficientă pentru a permite realizarea unui act sexual considerat de pacient ca satisfăcător. Este vorba de incapacitatea de umplere corespunzătoare cu sînge a corpilor cavernoși [A 15-5] care, atunci cînd sînt plini, asigură rigiditatea penisului. Cauzele sînt multiple, fizice și psihice, adesea mixte: diabet, hipertensiune arterială, arterită, tulburări neurologice, numeroase afecțiuni cronice (insuficiență renală ș.a.), depresie, tulburări psihice, intervenție chirurgicală pe prostată, medicamente, fumat.

◆ **Frecvență**

Se estimează că 5% din bărbații sub 40 ani și în jur de 15–25% din cei peste 65 ani suferă de tulburări permanente sau episodice ale erecției.

◆ **Tratament**

Pînă de curînd, tratamentul era complex, utilizînd psihoterapia, injectarea unor substanțe în corpii cavernoși și uneori proteze. Apariția sildenafilului [Viagra®] reprezintă un progres considerabil, întrucît permite obținerea unei erecții satisfăcătoare în aproape 90% din cazuri, indiferent de cauza tulburării. Respectarea contraindicațiilor (în special a celor legate de utilizarea anumitor medicamente în afecțiunile cardiace) este esențială pentru evitarea accidentelor.

ERITEMUL FESIER AL SUGARULUI

◆ **Definiție și cauze**

Iritație a pielii de la nivelul feselor sugarului. Principalele cauze sînt scutecele care împiedică pielea să respire și o păstrează umedă, scaunele acide, unele antiseptice și infecțiile.

◆ **Frecvență**

Reprezintă o problemă frecventă în primul an de viață.

◆ **Semne și simptome**

Apare roșeață (eritem) fie la nivelul porțiunii rotunjite a feselor, în special la nivelul zonelor de frecare cu scutecul, fie la nivelul anusului sau al vaginului cu extinderea spre pliuri, fie în formă de chilot. Secundar pot apărea mici bule, eroziuni și detașarea unor fîșii de piele (descuamare).

◆ **Evoluție și complicații**

Reprezintă o problemă banală, care necesită un tratament precoce, întrucît vindecarea poate necesita uneori cîteva săptămîni. Principala complicație o reprezintă infecția cu o ciupercă numită *Candida* (candidoza).

◆ **Tratament**

Tratamentul este simplu: utilizarea unor antiseptice blînde (săpunuri antiseptice, apoi clătire și aplicarea unui antiseptic cum ar fi eozina, în soluție 2%), apoi aplicarea de cicatrizante (de exemplu Cutaden®). Fesele trebuie lăsate în contact cu aerul cît mai mult timp posibil, iar scutecele trebuie schimbate cît mai des și trebuie să fie cît mai absorbante pentru a evita iritarea pielii.

ERITEMUL NODOS

◆ **Definiție și cauze**

Apariția sub piele a unor mici formațiuni sferice (noduli) roșii și dureroase la apăsare, determinate de o inflamație ce se întinde în profunzime sub piele: se vorbește despre dermohipodermită. Cauzele cele mai frecvente sînt: sarcoidoza, boală care afectează în special plămînii, infecții streptococice (în sfera ORL, digestive, cu Yersinia [yersinioza]) și unele medicamente (aspirină, contraceptive orale, sulfamide etc.). Pot fi implicate numeroase alte boli, dar cauza rămîne necunoscută în aproape 20% din cazuri.

◆ **Frecvență**

Survine cel mai frecvent la femeile între 20 și 40 ani.

Semne şi simptome

Nodulii sînt formaţiuni sferice cu diametrul de unu pînă la cîţiva centimetri, roşii, calzi, mobili şi dureroşi la palpare. Apar brusc pe faţa anterioară a gambelor, uneori pe coapse şi pe antebraţe. Erupţia este uneori precedată sau asociată cu un fel de gripă.

Investigaţii

Simplul aspect al pielii permite cel mai adesea stabilirea diagnosticului. În caz de dubiu se poate efectua o prelevare de piele pentru examinarea la microscop (biopsie).

Evoluţie şi complicaţii

Erupţia dispare în 3–4 săptămîni fără a lăsa cicatrice. Recidivele sînt posibile în următoarele 2–3 luni.

Tratament

Se tratează cauza, atunci cînd aceasta poate fi identificată. În caz contrar, tratamentul constă din repaus la pat şi medicamente antiinflamatorii în formele dureroase.

ERITEMUL PERNIO SAU DEGERĂTURILE

◆ **Definiţie şi cauze**

Leziuni ale degetelor de la mîini şi de la picioare care apar la expunerea la un frig umed moderat şi a căror cauză este necunoscută. Factorii declanşatori sînt: purtarea de încălţăminte prea strîmtă, munca şi sportul pe vreme rece, o intervenţie chirurgicală sau administrarea anumitor medicamente (vasoconstrictoare utilizate în special pentru desfundarea nasului, betablocante utilizate mai ales în hipertensiune, derivaţii de secară cornută utilizaţi în tratamentul migrenei).

Frecvenţă

Există o predominanţă feminină netă, cu o vîrstă medie de apariţie în jur de 30 ani la femeie şi 40 ani la bărbat. Antecedentele familiale sînt prezente în peste 50% din cazuri.

Semne şi simptome

Leziuni de culoare roşu închis-violacee ale feţelor externe sau interne ale degetelor de la picioare (în 80% din cazuri) sau de la mîini (în 20% din cazuri), cu apariţia de mîncărimi ce determină scărpinarea, în momentul încălzirii.

◆ **Investigaţii**

Explorările care permit aprecierea stării circulaţiei sangvine în vasele de la nivelul degetelor de la mîini şi de la picioare sînt: capilaroscopia (examinarea micilor vase prezente sub piele cu ajutorul unui microscop), examenul ecografic Doppler arterial (explorare ce utilizează ultrasunete pentru vizualizarea fluxului sangvin din vase).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În general se produc două puseuri pe an (uneori pînă la 15) cu o durată medie de la 15 zile la 3 săptămîni, care regresează spontan. Principalele complicaţii sînt apariţia de ulceraţii (placarde care nu se vindecă) şi de zone de necroză a ţesuturilor (moartea ţesuturilor).

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate sînt în principal cele din clasa inhibitorilor canalelor de calciu, care au o acţiune de dilatare a vaselor (de exemplu nifedipina). În formele grave se utilizează medicamente administrate pe cale intravenoasă, perfuzii pentru diluarea sîngelui. În cazul apariţiei de ulceraţii şi de zone de necroză, sînt necesare îngrijiri locale şi administrarea de antibiotice.

Prevenţie şi educaţie

Protecţia împotriva frigului (şosete, mănuşi etc.) şi a traumatismelor (încălţăminte lejeră etc.) este absolut indispensabilă.

ERITEMUL POLIMORF

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune a pielii sau a mucoaselor, caracterizată prin apariţia unei erupţii cu bule pe fond roşu (eritem) sau tumefiat (edem). Medicamentele (antibiotice, estrogeni, antiinflamatorii) şi unele infecţii (herpes, infecţii pulmonare cu germeni specifici cum ar fi mycoplasmele etc.), sînt cauzele cele mai frecvente, dar în 50% din cazuri nu poate fi identificată nici o cauză.

◆ **Semne şi simptome**

În forma clasică, apar zone de piele supradenivelate (papule), roşii, de mici di-

mensiuni, care realizează o imagine în cocardă, cu un centru palid şi un inel periferic neted, roşu, proeminent. Leziunile sînt dispuse simetric pe membre (mîini, picioare, coate, genunchi). Se pot asocia febră şi dureri articulare.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se stabileşte pe baza aspectului leziunilor. În caz de dubiu se poate efectua o prelevare de ţesut pentru examinarea la microscop (biopsie).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Clasic, boala evoluează în puseuri succesive, spontan regresive în cîteva săptămîni. Sînt posibile şi forme recidivante cronice. Formele cu bule sînt mai grave şi pot fi mortale prin afectare respiratorie.

◆ **Tratament**

Îngrijirile locale au ca obiectiv ameliorarea simptomelor. Atunci cînd cauza este identificată, aceasta trebuie tratată (infecţie) sau eliminată (medicament). În forma recidivantă a cărei cauză e herpesul, se poate administra un medicament antiviral, aciclovirul. Derivaţii de cortizon pot fi utili în formele severe (în cazul administrării precoce) şi în cele cronice.

ERITRASMA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie superficială a pielii produsă de o bacterie numită *Corynebacterium minutissimum*. Contagiozitatea este redusă.

◆ **Frecvenţă**

Apare cel mai frecvent la adulţi.

◆ **Semne şi simptome**

Apar pete roz, de formă neregulată, care nu provoacă mîncărimi şi care devin brune, cu desprinderea unor lamele fine de piele (descuamare). Acestea se localizează la nivelul regiunii înalte a feţei interne a coapsei sau între degetele de la picioare.

◆ **Investigaţii**

Examinarea leziunilor cu o lampă specială (lampă Wood), conferă acestora un aspect fluorescent, roşu coral, care este caracteristic.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este cronică, fără tendinţă de vindecare spontană, cu extensia petelor (axile, trunchi, perineu), în special la obezi şi la diabetici.

◆ **Tratament**

Tratamentul constă în aplicarea de creme sau de pomezi cu antibiotice pe leziuni şi administrarea de comprimate (eritromicină sau doxiciclină).

◆ **Educaţie**

Măsurile de igienă sînt indispensabile: uscarea pliurilor, purtarea de haine largi etc.

ERITRODERMIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Reprezintă o boală a pielii caracterizată prin apariţia unor leziuni roşii însoţite de detaşarea unor fragmente de piele, aceste modificări apărînd pe toată suprafaţa corpului. Cel mai frecvent apare în eczemă sau psoriazis. Celelalte cauze pot fi reprezentate de medicamente (antibiotice, antiinflamatorii), de infecţii (cu streptococi), sau de boli ale sîngelui (limfom cutanat). La nou-născut sau la sugar există o formă caracteristică, numită boala Leiner-Moussous.

◆ **Semne şi simptome**

Pielea este roşie în totalitate, cu aspect inflamat şi deseori apare de la început şi febră înaltă. Lamelele de piele care se desprind (scuamele) sînt fie foarte fine, fie mari. Uneori pielea musteşte şi apar mîncărimi. Se pot asocia febră şi mărirea de volum a ganglionilor, ficatului şi splinei.

◆ **Investigaţii**

Examinarea pielii poate fi suficientă pentru stabilirea diagnosticului. În caz de dubiu se poate efectua o prelevare de ţesut pentru examinare la microscop (biopsie).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Indiferent de cauză, prognosticul poate fi grav, întrucît pacienţii sînt foarte sensibili: într-adevăr, pielea nu îşi mai îndeplineşte funcţia de protecţie, ceea ce duce la pierderi de căldură, de proteine, de apă şi minerale, cu scăderea tensiunii arteriale. Pielea afectată se infectează cu uşurinţă şi poate duce la septicemie (infecţia generalizată a organismului).

◆ Tratament
Asociază tratamentul cauzei cu măsuri care vizează corectarea unor simptome: compensarea pierderilor de apă şi minerale, combaterea infecţiei, administrarea de medicamente sedative care calmează mîncărimile etc.

…RODERMIA …UAMATIVĂ A …RULUI SAU (VEZI) …A LEINER-MOUSSOUS

…IPELUL [D3]

◆ **Definiţie şi cauze**
Infecţie acută a pielii, produsă cel mai frecvent de un streptococ, care afectează în general membrele inferioare şi mai rar faţa.

◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune frecventă, ai cărei factori favorizanţi sînt edemul membrelor inferioare, alcoolismul, diabetul şi igiena deficitară.

◆ **Semne şi simptome**
Debutul este brusc, cu febră mare şi apariţia unui placard roşu, cald, tumefiat, care se întinde progresiv, cu margini foarte bine delimitate („picior umflat, roşu şi febră"). Cînd afectează membrul inferior, se evidenţiază ganglioni măriţi de volum în regiunea inghinală. La nivelul feţei, tumefacţia este adesea importantă.

◆ **Investigaţii**
Identificarea germenelui se face în sînge (hemoculturi) şi prin prelevarea de secreţii de la nivelul unor zone infectate ce pot fi la originea afecţiunii: inflamaţie prezentă între degetele de la picioare (intertrigo); plăgi, ulceraţii sau leziuni de grataj de la nivelul nasului, al feţei sau al urechilor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Tratamentul adecvat permite vindecarea rapidă. Complicaţiile sînt reprezentate de tromboflebite şi de propagarea infecţiei în profunzime (abcese etc.). Recidivele sînt frecvente.

◆ **Tratament**
Antibioticele (penicilina G) se administrează iniţial pe cale intravenoasă. Eventualul punct de plecare al infecţiei trebuie, de asemenea, tratat. Profilaxia tromboflebitelor (injectarea sub piele, la nivelul abdomenului, a unui anticoagulant, de exemplu Clexane®) şi verificarea vaccinării antitetanice sînt, de asemenea, necesare.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Prevenţia constă în combaterea tulburărilor circulatorii de la nivelul membrelor inferioare pentru a evita infecţiile: ţinerea picioarelor într-o poziţie mai ridicată, purtarea de ciorapi elastici de contenţie etc.

ESCARA

◆ **Definiţie şi cauze**
Plagă profundă, nedureroasă şi cu evoluţie cronică, acoperită în forma sa clasică de o crustă negricioasă, localizată la nivelul unei zone de presiune a pielii pe un os, în special la nivelul feselor. Principalul factor de risc este imobilizarea prelungită în pat.

◆ **Frecvenţă**
Escarele reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, a cărei frecvenţă, în special la persoanele vîrstnice spitalizate, este direct legată de lipsa măsurilor eficiente de prevenire.

◆ **Semne şi simptome**
Primul semn este roşeaţa localizată (eritemul); ulterior apar bule (flictene), cu pierderea stratului superficial al pielii (dezepitelizare). În final, ţesuturile mor, apare o crustă neagră şi o rană care se adînceşte. Zonele afectate depind de poziţia pacientului; cel mai frecvent atinse sînt fesele, călcîiele, şoldurile (în locul în care porţiunea superioară a femurului vine în contact cu pielea), porţiunea superioară a cefei etc.

◆ **Investigaţii**
Singurul examen util este prelevarea unei probe pentru identificarea unui germen, în caz de infectare a plăgii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Infecţia, care se poate întinde pînă la os, este principala complicaţie care încetineşte şi chiar împiedică cicatrizarea. Există riscul de transformare malignă

(cancer) în caz de lipsă a vindecării cu evoluție sub formă de ulcer cronic.

◆ **Tratament**

Cicatrizarea se realizează într-o perioadă îndelungată şi necesită îngrijiri adecvate care cuprind patru etape: curăţarea pielii, îndepărtarea ţesuturilor moarte cu ajutorul unui bisturiu sau al unor substanţe speciale (ca Fibrolan®, Debrisan®, Crupodex®, Sanisorb®), aplicarea unor pansamente care pregătesc plaga pentru refacerea pielii şi, în fine, aplicarea de pansamente care permit creşterea pielii pornind de la marginile escarei. Noile pansamente numite hidrocoloidale (Comfeel®, Duoderm® etc.) sau hidrocelulare (ca Allvyn®, Tielle®) facilitează îngrijirile, dar sînt foarte costisitoare. În cazurile cele mai grave, în special în cele cu extindere pînă la os, este necesar tratamentul chirurgical, eventual cu grefă de piele.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia este indispensabilă în caz de imobilizare prelungită: schimbarea frecventă a poziţiei, saltea anti-escare, utilizarea de pernuţe pentru evitarea poziţiilor vicioase, efectuarea de către pacient a unor mişcări, fie singur, fie ajutat etc. Educaţia constă în învăţarea modului în care trebuie schimbată poziţia la nivelul zonelor de presiune şi recunoaşterea semnelor precoce de apariţie a unei escare.

ESOFAGITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţia mucoasei esofagului. Cauza cea mai frecventă este urcarea la acest nivel a sucului gastric acid, din cauza unei anomalii de închidere a joncţiunii dintre esofag şi stomac (reflux gastroesofagian secundar unei hernii hiatale). Mai rar, cauza poate fi reprezentată de o infecţie (în special în SIDA), de sechele ale radioterapiei sau de un toxic (medicament, ingestia voluntară sau accidentală a unei substanţe caustice).

◆ **Frecvenţă**

Foarte frecventă, în special la copiii mici şi femeile însărcinate.

◆ **Semne şi simptome**

Semnul major este reprezentat de dificultatea şi durerile care apar la înghiţire (disfagie), asociate frecvent cu arsuri care urcă de-a lungul esofagului, însoţite de regurgitaţii acide (semne de reflux).

◆ **Investigaţii**

Endoscopia (introducerea prin cavitatea bucală pînă în esofag şi stomac a unui tub prevăzut cu un sistem optic) localizează şi apreciază gravitatea leziunilor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt: ulcerul peretelui esofagian cu hemoragie şi, în cazurile cele mai grave, perforaţie. În lipsa tratamentului iritaţia cronică a peretelui poate antrena îngustarea esofagului (stenoză) şi prezintă un risc de transformare în cancer.

◆ **Tratament**

Tratamentul medical al esofagitei în caz de reflux al conţinutului gastric are ca prim obiectiv limitarea secreţiei acide gastrice cu ajutorul antisecretoriilor (blocanţi ai receptorilor histaminici H_2, ca de exemplu, ranitidina sau inhibitori ai pompei de protoni, ca de exemplu omeprazolul). Stimulantele motilităţii esofagiene (Motilium®, Domstal®) şi protectoarele mucoasei esofagiene (Nicolen®) sînt de asemenea utilizate. Tratamentul chirurgical este indicat în cazul esofagitei recidivante şi în formele grave sau complicate (ingestie de caustice, prezenţa unei stenoze).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prezenţa esofagitei de reflux necesită respectarea anumitor reguli privind modul de viaţă: scăderea în greutate în caz de obezitate, evitarea poziţiilor declanşatoare (în special poziţia aplecat în faţă sau culcat pe spate), a hainelor care comprimă abdomenul, a alimentelor iritante, mese uşoare seara, poziţie uşor ridicată a toracelui în timpul nopţii etc.

ETMOIDITA ACUTĂ A COPILULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie a mucoasei care acoperă osul etmoid, situat în partea superioară a na-

-ului şi străpuns de mici orificii (lama ciuruită), prin care trec nervii care asigură mirosul. Reprezintă o complicaţie gravă a rinofaringitei acute a copilului.

◆ **Frecvenţă**

Apare la copilul de 2–3 ani, din cauza dezvoltării tardive a celorlalte sinusuri (sinusul etmoidal este singurul prezent de la naştere).

◆ **Semne şi simptome**

Copilul afectat de rinofaringită prezintă febră ridicată, oboseală, tumefacţie dureroasă, frecvent asimetrică a pleoapelor şi scurgere de puroi pe o singură nară. Uneori se produce şi tumefacţia conjunctivei, care formează un burelet roşu în jurul corneei (chemosis).

◆ **Investigaţii**

Tomografia computerizată este adesea indispensabilă pentru evaluarea extensiei infecţiei. Prelevarea de secreţii nazale poate permite identificarea germenelui responsabil.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Reprezintă o infecţie care poate fi gravă, dar care evoluează favorabil sub tratament antibiotic instituit rapid. Principala complicaţie este extensia infecţiei la ochi şi la creier, care este aşezat chiar deasupra etmoidului.

◆ **Tratament**

Este necesară internarea în spital, cu administrarea de antibiotice puternice pe cale intravenoasă. În caz de abces diagnosticat la tomografia computerizată este indicată evacuarea chirurgicală.

◆ **Prevenţie**

Rinofaringitele persistente la copilul mic necesită administrarea precoce de antibiotice, de la cea mai mică suspiciune de extindere a infecţiei.

EVENTRAŢIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Zonă relativ întinsă de rezistenţă scăzută a peretelui abdominal, formînd o proeminenţă ce conţine o parte din intestine. Cauzele cele mai frecvente sînt intervenţiile chirurgicale pe abdomen, sarcinile multiple, obezitatea şi o predispoziţie din naştere.

◆ **Frecvenţă**

Frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o proeminenţă care deformează peretele abdominal, nedureroasă şi care creşte în volum în timpul tusei.

◆ **Investigaţii**

În general examenul clinic este suficient pentru diagnostic. Ecografia poate fi utilă pentru precizarea stării şi a poziţiei diferitelor organe abdominale.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalul risc este cel de strangulare a porţiunii intestinale conţinută în această „excrescenţă“, cu ocluzie intestinală. Prognosticul depinde de mărimea eventraţiei. Recidivele sînt frecvente după tratament, la obezi şi la persoanele vîrstnice.

◆ **Tratament**

Purtarea unei centuri de contenţie este doar paliativă. Tratamentul optim este cel chirurgical (în special montarea de plase).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Măsurile de prevenţie cuprind întărirea peretelui abdominal (exerciţii de consolidare a musculaturii) după naşteri şi intervenţii chirurgicale pe abdomen. Este de reţinut că dezvoltarea chirurgiei laparoscopice, adică fără deschiderea semnificativă a peretelui abdominal, reduce considerabil riscul de apariţie a acestei complicaţii.

EWING (SARCOMUL)

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră osoasă malignă. Cauza este necunoscută, dar în cromozomii bolnavilor se întîlneşte o anomalie specifică (translocaţia 11–22).

◆ **Frecvenţă**

Este destul de rară şi apare în special între 10 şi 25 ani, mai frecvent la băieţi.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă prin durere şi tumefacţie, în special la nivelul membrelor, însă orice os poate fi afectat.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se pune pe baza biopsiei (prelevarea unui mic fragment de os pentru examinarea la microscop). Ra-

diografia, completată de tomografia computerizată şi examenul IRM permit măsurarea extensiei tumorii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tumora are tendinţa de a se întinde şi de a produce rapid metastaze, în special pulmonare. Este un cancer greu de tratat; îmbunătăţirea constantă a mijloacelor de tratament tinde să reducă mortalitatea, care rămîne totuşi ridicată.

◆ **Tratament**

Constă din: intervenţie chirurgicală, care încearcă tot mai mult să evite amputaţiile, chimioterapie şi radioterapie.

EXANTEMUL SUBIT SAU (VEZI) ROSEOLA INFANTUM

EXOFTALMIA

Proeminenţă exagerată a ochiului, care dă impresia că are tendinţa de a ieşi din orbită. Este un semn că în orbită există ceva care împinge ochiul în faţă. Principalele cauze sînt: afecţiunile tiroidiene (boala Basedow, în care apare tumefacţia muşchilor şi a ţesuturilor situate în spatele ochiului în fundul orbitei), tumorile orbitei, infecţia ţesutului care înconjoară ochiul şi îl protejează în orbită (celulita orbitală, frecventă la copil) şi malformaţiile vasculare (fistulele arteriovenoase). Oftalmologul utilizează un exoftalmometru sau un aparat Hertel pentru a evalua importanţa afecţiunii. Cea mai bună investigaţie pentru explorarea ochiului şi a orbitei este tomografia computerizată, eventual completată de examenul IRM şi de ecografie.

EXTRASISTOLELE ATRIALE

◆ **Definiţie şi cauze**

Contracţii anormale ale atriilor cardiace [A 7-3/8] din cauza unor impulsuri electrice anormale. Pot surveni pe un cord sănătos sau pot fi asociate unei afecţiuni cardiace (disfuncţie a valvelor, infarct). Factorii favorizanţi sînt „nervozitatea" accentuată (numită de medici distonie), emoţiile precum şi consumul de băuturi excitante.

◆ **Frecvenţă**

Foarte frecvente.

◆ **Semne şi simptome**

Singurul simptom este senzaţia ocazională de neregularitate intermitentă a bătăilor cardiace.

◆ **Investigaţii**

Electrocardiograma, care înregistrează activitatea electrică a inimii, permite confirmarea diagnosticului şi evaluarea frecvenţei extrasistolelor prin înregistrarea continuă, timp de 24 ore, cu ajutorul unor electrozi plasaţi pe torace şi al unui mic aparat fixat la centură (înregistrare Holter).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

In majoritatea cazurilor, extrasistolele atriale sînt inofensive. Pe un cord bolnav, ele pot anunţa apariţia unei tulburări mai grave de ritm cardiac, numită fibrilaţie atrială, în care contracţiile atriilor nu mai sînt sincronizate cu cele ale ventriculelor.

◆ **Tratament**

În majoritatea cazurilor nu este necesar nici un tratament. Atunci cînd produc disconfort, poate fi propus un tratament bazat pe administrarea de calmante (anxiolitice, de exemplu lorazepam [Lorivan®, Merlit®], bromazepam) sau de medicamente care încetinesc şi reduc excitabilitatea inimii (betablocante, de exemplu propranolol).

EXTRASISTOLELE FUNCŢIONALE

Contracţii cardiace premature în raport cu ritmul normal. Sînt rezultatul unor impulsuri electrice care nu provin din centrul normal al automatismului cardiac situat la nivelul atriilor, ci iau naştere mai jos, deasupra ventriculelor [A 7-6/10]. Sînt în general lipsite de gravitate. De cele mai multe ori ele nu sînt percepute de către pacient şi sînt vizibile doar pe electrocardiogramă, care înregistrează activitatea electrică a inimii. Cînd sînt frecvente şi numeroase, pacientul poate simţi palpitaţii.

EXTRASISTOLELE VENTRICULARE

◆ **Definiție și cauze**

Contracții anormale ale ventriculelor inimii [A 7-6/10], declanșate de impulsuri electrice care iau naștere direct în ventricule, pe cînd în mod normal acestea provin dintr-un centru de automatism situat în atrii și sînt conduse ulterior printr-un circuit în ventricule. Pot surveni pe cord sănătos, pot fi asociate unei afecțiuni cardiace (disfuncție a valvelor, infarct) sau unei intoxicații medicamentoase. Factorii favorizanți sînt „nervozitatea“ accentuată (numită de medici distonie), emoțiile precum și consumul de băuturi excitante.

◆ **Frecvență**

Foarte frecvente.

◆ **Semne și simptome**

Singurul simptom este senzația ocazională de neregularitate intermitentă a bătăilor cardiace.

◆ **Investigații**

Electrocardiograma, care înregistrează activitatea electrică a inimii, permite confirmarea diagnosticului și evaluarea frecvenței extrasistolelor prin înregistrarea continuă, timp de 24 ore, cu ajutorul unor electrozi plasați pe torace și al unui mic aparat fixat la centură (înregistrare Holter).

◆ **Evoluție și complicații**

Anumite caracteristici pe electrocardiogramă sau apariția extrasistolelor în anumite situații (în primele ore după un infarct miocardic, în tulburări importante ale concentrației potasiului în sînge, în intoxicații medicamentoase) impun îngrijirea și supravegherea pacientului într-un serviciu de terapie intensivă. Principalul risc este cel al apariției bruște a unei tulburări de ritm cardiac, caracterizată printr-o creștere a frecvenței pînă la un nivel care nu mai permite inimii să se contracte normal (tahicardie sau fibrilație ventriculară), potențial mortală în lipsa tratamentului imediat (șoc electric).

◆ **Tratament**

În formele benigne nu este necesar nici un tratament. În celelalte cazuri este necesară instituirea unui tratament cu medicamente care regularizează activitatea electrică și, deci, contracțiile cardiace (medicamente din familia antiaritmicelor).

F

…RY (BOALA) SAU (VEZI) …OCHERATOZA DIFUZĂ

…OMATOZELE

Grupează toate afecţiunile, adesea ereditare, caracterizate prin prezenţa unor anomalii mai mult sau mai puţin difuze de dezvoltare şi legate de o evoluţie anormală a foiţelor de celule din care se dezvoltă iniţial embrionul. În funcţie de foiţa afectată, clasificarea distinge facomatoze ectoblastice, mezoblastice şi endoblastice.

Facomatoze ectoblastice (Ţesut nervos, ţesut superficial senzitiv al urechii, nasului şi ochiului; epidermă, păr şi unghii; glande mamare, hipofiză anterioară, glande din piele, smalţ dentar): Scleroza tuberoasă Bourneville; Neurofibromatozele; Sindromul Gorlin; Sindromul Sipple; Nevomatoza bazocelulară; Melanoza neurocutanată; Nevul linear; Nevul Ota.

Facomatoze mezoblastice (Ţesut conjunctiv, cartilaje, oase, muşchi, inimă, vase, celule sanguine, limfatice, rinichi, ovare şi testicule, pericard, pleură, peritoneu, splină, suprarenale): Boala Von Hippel-Lindau; Sindromul Sturge-Weber; Boala Rendu-Osler; Sindromul Wyburn-Mason; Sindromul Bean; Boala Mafucci; Sindromul Cobb; Sindromul Klippel-Trenaunay; Glomangiomatozele; Sindromul ataxie-telangiectazii; Sindromul Gardner; Sindromul Albright; Leiomiomatoza; Lipomatoza multiplă; Lipomatoza neuromeningiană.

Facomatoze endoblastice (Pereţii interni ai tubului digestiv, ai căilor respiratorii, ai vezicii urinare, ai uretrei, ai urechii medii şi ai trompei lui Eustachio; ţesutul intern al amigdalelor, al tiroidei, al paratiroidelor, al timusului, al ficatului şi al pancreasului): Sindromul Gardner; Sindromul Peutz-Jeghers; Sindromul Turcot.

FALLOT (VEZI) TETRALOGIA FALLOT

FARINGITA

Inflamaţie acută a mucoasei porţiunii superioare a fundului de gît, faringele, situat între fosele nazale şi laringe, care începe la nivelul gîtului [A 11-18(1)]. Se disting rinofaringita şi amigdalita sau angina.

FASCEITA NECROZANTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie gravă produsă de unele bacterii, care afectează învelişurile muşchilor (numite fascii sau aponevroze), se extinde la ţesuturile situate sub piele, antrenînd moartea acestora (necroza). Germenele cel mai frecvent implicat este streptococul de grup A. Poarta de intrare este în general o plagă sau o infecţie a pielii (erizipel).

◆ **Frecvenţă**

Este o complicaţie rară a erizipelului. Diabetul reprezintă un factor predispozant.

◆ **Semne şi simptome**

Zona infectată este tumefiată, dureroasă, de culoare violacee, cu bule pline cu lichid sangvinolent. Se asociază febră, alterarea stării generale şi semne de infecţie gravă (accelerarea pulsului numită tahicardie, tulburări de conştienţă).

◆ **Investigaţii**

Germenii implicaţi vor fi identificaţi în sînge (hemoculturi) sau în puroi prelevat prin puncţie de la nivelul zonei infectate.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În lipsa tratamentului rapid instituit, evoluţia se poate face spre gangrenă şi septicemie (infecţie generalizată), cu stare de şoc severă.

◆ **Tratament**
Ţesuturile moarte trebuie îndepărtate de către chirurg şi este necesară internarea pacientului într-un serviciu de terapie intensivă, cu administrarea de antibiotice puternice pe cale intravenoasă. În cazurile cele mai grave este indicată uneori amputaţia.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Prevenţia constă în tratarea precoce şi supravegherea plăgilor infectate, mai ales la diabetici.

FEBRA BUTONOASĂ MEDITERANEEANĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală infecţioasă din familia rickettsiozelor transmisă de căpuşa brună a cîinelui şi produsă de *Rickettsia conorii*. Intervalul de timp dintre înţepătura căpuşei şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 7 zile.

◆ **Frecvenţă**
Est întîlnită mai ales în sudul Europei, în toată Africa şi în Asia de sud-vest şi centrală.

◆ **Semne şi simptome**
Boala începe cu febră ridicată, dureri de cap intense, dureri difuze şi apariţia unei „pete negre" nedureroase (şancru de inoculare) la locul înţepăturii de căpuşă. După 3–5 zile se instalează o astenie generalizată, o slăbire a organismului şi o erupţie de pete roşii pe toată suprafaţa corpului, cu persistenţa febrei.

◆ **Investigaţii**
O analiză sangvină specializată permite evidenţierea în sînge a anticorpilor îndreptaţi împotriva germenelui (serodiagnostic).

Evoluţie şi complicaţii
Evoluţia este bună sub tratament. Totuşi, este posibilă declanşarea unei meningite, care poate lăsa sechele la nivelul văzului şi al auzului. La persoanele debilitate de alte boli, pot apărea forme maligne, cu infecţie generalizată ce poate duce la deces.

◆ **Tratament**
Antibioticul eficient este doxiciclina.

◆ **Prevenţie**
În zonele de răspîndire a infecţiei, în special în timpul verii, se recomandă examinarea atentă a pielii în căutarea căpuşelor, pentru a le putea desprinde rapid şi a dezinfecta locul înţepăturii.

FEBRA DE EBOLA

◆ **Definiţie şi cauze**
Infecţie gravă produsă de un virus din familia *Filovirus*, caracterizată prin febră şi hemoragii. Nu se cunoaşte modul exact de transmitere (maimuţa ar putea constitui rezervorul natural al virusului). Este foarte contagioasă, transmiţîndu-se prin sîngele, urina şi scaunul bolnavului. Intervalul de timp dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de mai puţin de două săptămîni.

◆ **Frecvenţă**
Începînd din 1976, se produc cu regularitate epidemii în Africa, în special în Republica Democrată Congo (ex-Zair) şi Sudan.

◆ **Semne şi simptome**
Debutul este brutal, cu febră, dureri abdominale, diaree şi vărsături. După o săptămînă apar erupţie cutanată şi hemoragii, în special digestive.

◆ **Investigaţii**
Virusul poate fi detectat în sînge şi în urină. Probele trebuie manipulate cu cea mai mare atenţie din cauza contagiozităţii lor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Este o boală gravă, cu mortalitate ridicată. La supravieţuitori, convalescenţa este marcată de tulburări importante ale sensibilităţii.

◆ **Tratament**
Tratamentul se limitează cel mai frecvent la tratarea simptomelor, eventual asociată cu injectarea de ser izolat de la convalescenţi.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Recomandările preconizate pentru a evi-

extinderea epidemiei sînt: evitarea ansferului şi izolarea strictă a bolnavilor, protejarea personalului care îi ngrijeşte (mască, ochelari, uniforme şi mănuşi de protecţie), incinerarea urinei şi a materiilor fecale.

...RA DE MALTA SAU (VEZI) ...ELOZA

...RA DE MARBURG (VEZI) ...BURG (FEBRA DE)

...RA FAMILIALĂ ...ITERANEEANĂ SAU (VEZI) ...LA PERIODICĂ

...RA GALBENĂ

Definiţie şi cauze

Boală infecţioasă virală produsă de un *flavivirus*, a cărui transmitere se realizează prin intermediul unor ţînţari. Intervalul de timp dintre înţepătură şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 3–6 zile.

Răspîndire

Boala se întîlneşte în zonele intertropicale din Africa şi America, cu apariţia de epidemii periodice.

Semne şi simptome

Severitatea este extrem de variabilă. Forma gravă se declanşează brusc, cu febră pînă la 40°C, dureri de cap şi vărsături. Ulterior apar icter, hemoragii (din nas, tubul digestiv, uter etc.) şi o scădere a volumului de urină (oligurie), însoţită de prezenţa de proteine în urină (proteinurie).

Investigaţii

Virusul poate izolat din sînge în primele 3 zile, ulterior prezenţa anticorpilor (test serologic) permite stabilire diagnosticului. În urină sînt prezente proteine în cantitate mare.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În forma gravă apare comă, iar decesul se poate produce în 2–3 zile. Din fericire, mortalitatea generală este doar de 5–10%.

◆ **Tratament**

Se limitează la tratarea simptomelor. Este necesară izolarea bolnavului şi a persoanelor care au venit în contact cu acesta.

◆ **Prevenţie**

Vaccinarea este eficientă şi valabilă timp de 10 ani. În caz de epidemie se recurge la vaccinarea în masă.

FEBRA DE LASSA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă produsă de un virus din familia *Arenavirus*, care se transmite prin urina şi excrementele şoarecilor de casă. Se caracterizează prin febră şi hemoragii. Este foarte contagioasă, contaminarea făcîndu-se prin sîngele, urina şi scaunul bolnavului. Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 3–15 zile.

◆ **Răspîndire**

Prima epidemie s-a produs în Nigeria în 1969. Este prezentă în mai multe ţări din Africa de Vest.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este marcat de febră, dureri musculare, tulburări digestive şi o infecţie a gîtului (faringită). Ulterior se produce alterarea stării generale, însoţită de febră constantă, de apariţia unor mici puncte roşii (peteşii) pe piele şi mucoase, de hemoragii digestive, detresă respiratorie şi comă. Sînt posibile şi forme inaparente sau benigne.

◆ **Investigaţii**

Probele de sînge şi urină prelevate pentru identificarea virusului trebuie manipulate cu respectarea unor măsuri de precauţie stricte. Se pot identifica anticorpi în sînge (serodiagnostic).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă, adesea mortală în lipsa tratamentului. Tratamentul intensiv permite în general o evoluţie bună; în 5% din cazuri poate apărea surditate.

◆ **Tratament**

Se tratează în primul rînd simptomele. Injectarea de ser obţinut din sîngele convalescenţilor şi administrarea unui medicament antiviral (ribavirina) pot fi utile.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Recomandările preconizate pentru a evi-

ta extinderea epidemiei sînt: evitarea transferului şi izolarea strictă a bolnavilor, protejarea personalului care îi îngrijeşte (mască, ochelari, uniforme şi mănuşi de protecţie), incinerarea urinei şi a materiilor fecale.

FEBRA Q

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă din familia rickettsiozelor, produsă de *Coxsiella burnetti*, care se întîlneşte la numeroase animale domestice (ovine, bovine, caprine). Se transmite la om prin inhalarea de praf contaminat, dar şi prin consumul de lapte nefiert contaminat. Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 20–30 zile.

◆ **Frecvenţă**

Incidenţă scăzută. Afectează persoanele cu ocupaţii ce presupun contactul strîns cu animalele domestice şi produsele acestora.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este brusc, cu febră mare, dureri de cap, dureri musculare, transpiraţii, ulterior afectarea ficatului (hepatită), eventual asociată cu o infecţie pulmonară (pneumonie).

◆ **Investigaţii**

Prezenţa în sînge a unor anticorpi îndreptaţi împotriva germenelui (serodiagnostic) confirmă diagnosticul. Radiografia pulmonară şi biopsia hepatică (prelevarea unui mic fragment de ficat pentru examinarea la microscop) sînt, de asemenea, utile.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este în general benignă. La persoanele care prezintă modificări la nivelul valvelor cardiace există riscul de infecţie a învelişului intern al inimii, numită endocardită, care poate fi mortală.

◆ **Tratament**

Tratamentul antibiotic este eficient (medicamente din familia ciclinelor sau a fluoroquinolonelor).

◆ **Prevenţie**

Prevenţia asociază pasteurizarea laptelui şi măsurile de îndepărtare a prafului în industriile implicate. Este necesară izolarea bolnavilor, precum şi distrugerea prin căldură a expectoraţiilor şi a urinei.

FEBRA TIFOIDĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă sistemică, produsă de mai multe tipuri de salmonele: *Salmonella typhi* sau *Salmonella paratyphi* A, B şi C. Contaminarea se face cel mai frecvent prin intermediul mîinilor murdare şi al apei contaminate cu materii fecale (de la bolnavi sau purtători sănătoşi, numiţi astfel întrucît sînt purtători de germen, deşi nu dezvoltă boala). Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 1–2 săptămîni.

◆ **Frecvenţă**

2/3 din cazuri apar la turişti. Sînt posibile epidemii, pornind de la purtători sănătoşi (bucătari).

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este insidios, cu febră care creşte progresiv, dureri de cap, lipsa poftei de mîncare (anorexie) şi dureri abdominale. Paradoxal, pulsul nu este accelerat, în ciuda febrei (puls disociat). După o săptămînă, în lipsa tratamentului, febra este permanentă, cu valori pînă la 40°C, bolnavul este epuizat (de unde şi numele bolii, „typhos" însemnînd în limba greacă „sfîrşeală") şi uneori prezintă delir. Pot apărea pete de culoare roz pe torace şi abdomen.

◆ **Investigaţii**

Germenele poate fi identificat în sînge (hemoculturi) şi în scaun (coprocultură). Infecţia poate fi, de asemenea, evidenţiată prin identificarea de anticorpi în sînge: serodiagnostic (reacţia Widal şi Felix). O particularitate a acestei boli este aceea că numărul globulelor albe este scăzut, deşi în general în infecţii acesta creşte.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul precoce cu antibiotice a permis scăderea mortalităţii (altă dată foarte ridicată) sub 1%. Complicaţiile posibile sînt: hemoragiile, perforaţiile digestive, afectarea cardiacă, meningita, sau inflamaţia vezicii biliare (colecistita).

◆ **Tratament**

Antibioticele eficiente sînt cele din familia fluoroquinolonelor (de exemplu ofloxacina sau ciprofloxacina) sau a cefalosporinelor de generaţia a treia (ceftriaxonă). Izolarea bolnavului şi dezinfectarea rufelor sînt obligatorii.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Vaccinarea este indicată persoanelor care călătoresc în ţările cu risc; aceasta protejează împotriva *S. typhi*, dar nu şi împotriva *S. paratyphi*. În ţările cu igienă precară trebuie consumată numai apă îmbuteliată şi trebuie evitat consumul fructelor şi al legumelor cu coajă. Este o boală de declarare obligatorie, iar posibilitatea reluării vieţii în comunitate necesită ca două examene ale scaunului (coproculturi) efectuate la interval de o săptămînă între ele să nu mai detecteze germenele.

FEBRELE HEMORAGICE VIRALE

Infecţii virale foarte contagioase, manifestate prin febră şi hemoragii, dintre care unele cum sînt febra Lassa, febra Marburg şi febra Ebola pot fi mortale. Altele sînt mai benigne, de exemplu febra hemoragică cu sindrom renal.

FECALOMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Masă voluminoasă alcătuită din materii fecale dure, localizată în general la nivelul rectului, pe care îl obstruează. Apare:

1. La persoanele vîrstnice constipate, paralizate sau care nu se pot ridica din pat.
2. În cazul anomaliilor de coordonare ale muşchilor care permit defecaţia.
3. În urma administrării de medicamente care încetinesc tranzitul alimentelor prin intestine.

◆ **Frecvenţă**

Relativ frecvent.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă fie printr-o constipaţie dureroasă, fie printr-o falsă diaree, cu scurgere de materii fecale lichide. Tuşeul rectal descoperă o masă dură alcătuită din materii fecale aglomerate.

◆ **Investigaţii**

Radiografia abdominală poate ajuta la stabilirea diagnosticului în cazul fecaloamelor localizate în poziţii înalte.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este ocluzia, adesea cu balonare importantă din cauza dilatării colonului.

◆ **Tratament**

Evacuarea prin fragmentarea cu degetul în timpul tuşeului rectal, completată de clisme, este primul tratament aplicat. În unele cazuri este necesară anestezia generală, întrucît această intervenţie poate fi lungă şi dureroasă.

◆ **Prevenţie**

Tratamentul constipaţiei este singura măsură de prevenire eficientă.

FENILCETONURIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală genetică determinată de deficitul unei enzime, care duce la acumularea în organism a fenilalaninei şi a derivaţilor acesteia. Fenilalanina este un aminoacid, unul dintre componenţii proteinelor din alimentaţie. Transmiterea bolii este numită recesivă, ceea ce înseamnă că ambii părinţi, la care boala nu se manifestă, trebuie să transmită gena defectă pentru ca afecţiunea să apară la copil.

◆ **Frecvenţă**

Această anomalie afectează un copil din 15 000.

◆ **Semne şi simptome**

La naştere nu este prezentă nici o anomalie, dar în lipsa depistării şi a tratamentului adecvat apare un retard mental progresiv.

◆ **Investigaţii**

Pentru stabilirea diagnosticului este suficientă dozarea fenilalaninei în sînge.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Testarea sistematică la naştere, aplicată în Franţa, a făcut să dispară această afecţiune care altădată antrena un retard mental sever.

◆ **Tratament**

Constă într-un regim sărac în fenilalani-

nă: înlocuirea proteinelor cu mixturi pe bază de aminoacizi fără fenilalanină.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Testul Guthrie (testarea deficitului enzimatic) este realizat sistematic la toţi nou-născuţii la sfîrşitul primei săptămîni de viaţă.

FEOCROMOCITOMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră care se dezvoltă cel mai frecvent din glanda suprarenală [A 10-15(2) şi 13-13] sau mai rar din resturi de ţesuturi embrionare situate în afara glandei. Aceasta secretă anumite substanţe, catecolamine (adrenalină şi noradrenalină), care joacă un rol esenţial în reglarea tensiunii arteriale.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă o afecţiune rară, care nu este responsabilă decît de mai puţin de 1% din cazurile de hipertensiune arterială. Apare cel mai frecvent la adult, în egală măsură la bărbaţi şi la femei.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă fie prin crize brutale de hipertensiune arterială declanşate de un efort, de medicamente sau de emoţii şi a căror durată este de aproximativ o oră, fie printr-o hipertensiune arterială permanentă care poate fi întreruptă, de asemenea, de crize cu valori foarte mari. Dimpotrivă, în perioadele normale valorile tensiunii fluctuează foarte mult, adesea cu apariţia a ceea ce se numeşte hipotensiune ortostatică, adică o scădere a tensiunii la ridicarea în picioare însoţită de o stare de rău, care regresează la reaşezarea în poziţie culcat.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul este confirmat prin dozarea în sînge şi în urină a catecolaminelor şi a derivaţilor acestora. Localizarea tumorii se realizează cu ajutorul tomografiei computerizate, al examenului IRM şi al scintigrafiei (injectarea unei substanţe radioactive care se fixează în mod specific la nivelul tumorii).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul permite în general vindecare, dar există totuşi forme maligne al căror prognostic este mai sever. Complicaţiile sînt cele ale hipertensiunii arte riale: leziuni ale vaselor retinei, insu ficienţă cardiacă, hemoragie cerebrală.

◆ **Tratament**

Constă într-o intervenţie chirurgicală ca îndepărtează tumora, după un tratame medical care este menit să prevină criză hipertensivă.

FIBRILAŢIA ATRIALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburare de ritm cardiac caracteriza tă prin înlocuirea ritmului normal cu excitaţie anarhică a atriilor [A 7-3/8] antrenînd contracţii musculare rapide neregulate şi ineficiente. În consecinţă şi contracţiile ventriculare sînt neregulate. Cauzele pot fi multiple: afecţiuni cardiace, afecţiuni pulmonare cu răsu net asupra cordului, hiperfuncţia tiro dei (secreţia excesivă a unor hormoni care stimulează inima), unele medicamente. Uneori apare fără o cauză identificabilă.

◆ **Frecvenţă**

Este cea mai frecventă tulburare de ritm, după extrasistole.

◆ **Semne şi simptome**

Dacă frecvenţa cardiacă nu este prea mare, fibrilaţia atrială poate să nu fie percepută de către pacient (cel puţin în repaus) şi se traduce doar printr-un puls neregulat. Dar atunci cînd se instalează brusc şi este rapidă, pacientul simte palpitaţii, stare de rău general, senzaţie de apăsare, de respiraţie dificilă (dispnee) şi anxietate.

◆ **Investigaţii**

Auscultaţia cardiacă evidenţiază neregularitatea ritmului cardiac, iar electrocardiograma confirmă diagnosticul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Uneori fibrilaţia atrială se poate manifesta printr-o paralizie brusc instalată, provocată de un cheag de sînge care porneşte din inimă şi ajunge în creier (accident vascular cerebral); într-adevăr, neregularitatea contracţiilor antrenează stagnarea sîngelui în anumite zone ale inimii, ceea ce favorizează formarea de cheaguri. O altă complicaţie majoră este

insuficiența cardiacă, tradusă prin edem pulmonar acut, determinat de contracția inadecvată a inimii prin ritmul complet neregulat.

- **Tratament**

Se pot utiliza medicamente care încetinesc și *regularizează* ritmul cardiac (digoxină, amiodaronă [Cordarone®]), fie *administrarea unui șoc electric* în caz de eșec. Este necesar, de asemenea, tratamentul etiologic al cauzei).

- **Prevenție**

Medicamentele antiaritmice sînt utilizate pentru prevenirea recidivelor. Tratamentul anticoagulant este utilizat dacă nu se poate restabili ritmul cardiac normal, pentru a preveni formarea de cheaguri și riscul de accidente vasculare cerebrale.

FIBRILAȚIA VENTRICULARĂ

- **Definiție și cauze**

Tulburare de ritm cardiac extrem de gravă. Reprezintă o excitație anarhică a ventriculelor [A 7-6/10], care se traduce prin contracții necoordonate și ineficiente, incapabile de a împinge sîngele în circulație. Această situație survine în cursul infarctului miocardic, al altor afecțiuni cardiace, al unor intoxicații medicamentoase și în anomaliile de concentrație ale unor substanțe din sînge, în special ale potasiului.

- **Frecvență**

Fibrilația ventriculară este principala cauză a ceea ce se numește „moarte subită".

- **Semne și simptome**

Pacientul își pierde brusc conștiența, se prăbușește, iar pulsul său nu mai poate fi palpat: este vorba, de fapt, despre un stop cardiac. În absența aplicării imediate a măsurilor de reanimare, moartea survine în minutele următoare.

- **Investigații**

Diagnosticul poate fi confirmat cu ajutorul unui aparat de monitorizare cardiacă, dar lipsa acestui tip de echipament nu trebuie să întîrzie începerea resuscitării: masaj cardiac și respirație artificială.

- **Evoluție și complicații**

În lipsa tratamentului, moartea este inevitabilă. Succesul resuscitării depinde de rapiditatea inițierii acesteia: dacă se administrează imediat un șoc electric, pacientul este salvat și nu va prezenta sechele.

- **Tratament**

Tratamentul constă în aplicarea cît mai repede posibil a unui șoc electric extern, care duce la regularizarea contracțiilor cardiace. În lipsa unui aparat (defibrilator) disponibil imediat, se începe resuscitarea prin masaj cardiac și respirație artificială (gură la gură sau ventilație cu balon). Un progres recent îl reprezintă punerea la dispoziția salvatorilor, în special a pompierilor, a unor aparate numite defibrilatoare semiautomate, care pot administra șocuri electrice și în lipsa unui medic. La anumiți pacienți al căror cord este hiperexcitabil și care prezintă riscul de recidivare a fibrilației ventriculare este posibilă implantarea unor mici aparate ale căror electrozi sînt plasați direct pe inimă și care vor putea administra șocuri electrice în mod automat în caz de necesitate.

- **Prevenție și educație**

Prevenția vizează două direcții: pe de o parte instruirea întregii populații cu privire la „gesturile salvatoare", pentru ca manevrele de resuscitare să fie aplicate cît mai repede posibil; pe de altă parte o răspîndire pe scară mai largă a defibrilatoarelor semiautomate, a căror utilizare nu necesită decît cîteva ore de instruire.

FIBRODISPLAZIA RETROLENTICULARĂ SAU RETINOPATIA PREMATURULUI

- **Definiție și cauze**

Boală care afectează retina [A 16] copiilor prematuri. Este determinată de o insuficiență de dezvoltare a arterelor din retină, care este agravată de administrarea unor doze excesive de oxigen, a cărui administrare este adesea necesară la acești copii, din cauza problemelor respiratorii apărute la naștere.

◆ **Frecvenţă**
Afectează circa 80% din copiii care au o greutate la naştere mai mică de 1 000 g.
◆ **Semne şi simptome**
Examinarea periodică a retinei (examenul de fund de ochi) începînd cu a patra săptămînă de viaţă permite cuantificarea leziunilor şi supravegherea evoluţiei.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Există riscul dezlipirii de retină cu pierderea definitivă a vederii. Procesul se poate opri spontan în cazul întreruperii administrării de oxigen, iar ţesuturile se cicatrizează fără a lăsa sechele.
◆ **Tratament**
Aplicarea unor temperaturi foarte scăzute (crioterapia) reduce leziunile retiniene. În cazul dezlipirii este necesară intervenţia chirurgicală pe retină.
◆ **Prevenţie**
Prevenirea naşterilor premature duce la reducerea frecvenţei acestei complicaţii. În cazul în care se administrează oxigen, concentraţiile trebuie să fie cît mai reduse, iar durata de administrare cît mai scurtă. Pe măsură ce copilul creşte este necesară examinarea periodică pentru detectarea şi tratarea unui eventual început de dezlipire de retină.

FIBROMIALGIA

◆ **Definiţie şi cauze**
Afecţiune caracterizată prin dureri musculare şi articulare difuze, mai mult sau mai puţin generalizate, descoperite la palpare, fără alte semne obiective. Cauza este necunoscută.
◆ **Frecvenţă**
Afectează cel mai frecvent femeile tinere, adesea surmenate.
◆ **Semne şi simptome**
Durerile sînt localizate frecvent la nivelul regiunii occipitale, gîtului, umerilor, toracelui, feselor şi genunchilor. Se asociază cu oboseală, tulburări de somn, dureri de cap şi tulburări digestive (colopatie funcţională). Articulaţiile nu prezintă modificări, nici pe radiografii. Uneori poate fi prezentă o uşoară depresie.
◆ **Investigaţii**
Pentru excluderea altor boli.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În absenţa tratamentului evoluţia po[ate] fi cronică, determinînd numeroa[se] consultaţii medicale şi o întreagă casca[dă] de investigaţii complementare.
◆ **Tratament**
Recunoaşterea diagnosticului evită efe[c]tuarea unor explorări inutile. Tratame[n]tul constă în administrarea de medic[a]mente împotriva durerii (analgezice) pentru relaxarea muşchilor (miorel[a]xante), antidepresive, masaj, tehnici [de] relaxare şi psihoterapie.
◆ **Prevenţie**
Reducerea activităţii profesionale şi pra[c]ticarea cu regularitate a unui sport p[oate] avea rezultate benefice.

FIBROMUL NAZOFARINGIAN

◆ **Definiţie şi cauze**
Tumoră benignă conţinînd numeroas[e] vase sanguine, situată la nivelul nasul[ui] sau al porţiunii înalte a gîtului (faring[e]) [A 11-18(1)]).
◆ **Frecvenţă**
Afectează aproape exclusiv băieţii într[e] 12 şi 20 ani.
◆ **Semne şi simptome**
Cele două semne principale sîn[t] obstrucţia unei nări şi mai ales hemora[gi]giile nazale (epistaxisuri) recidivante uneori abundente.
◆ **Investigaţii**
Vizualizarea fibromului se face prin fibroscopie: introducerea în nară a unui tub prevăzut cu un sistem optic.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Hemoragia poate fi foarte importantă.
◆ **Tratament**
Se realizează în general în doi timpi: iniţial se astupă vasul care aduce sîngele la fibrom (embolizare, corespunzînd plasării unui mic „dop“ în arteră cu ajutorul unui cateter), ceea ce permite ulterior îndepărtarea fibromului printr-o mică intervenţie chirurgicală, fără a provoca o sîngerare prea mare.

FIBROMUL UTERIN

◆ **Definiţie şi cauze**
Tumoră benignă care se dezvoltă de la nivelul muşchiului uterului [A 14]. Poate

fi unică sau multiplă, situată în grosimea peretelui uterin sau poate forma o proeminență sub stratul extern (subseroasă) sau sub stratul intern (submucoasă) al acestuia, sau chiar să fie atașat de perete printr-un piciorуș (pedicul).

◆ **Frecvență**

Aproape 25% dintre femei pot fi afectate după 35 ani. Fibromul uterin se manifestă în general între 40 și 50 ani.

◆ **Semne și simptome**

Adesea fibromul sau fibroamele nu dau nici un simptom. Atunci cînd se manifestă, principalele semne sînt reprezentate de: hemoragii (menoragii, corespunzînd unei menstruații abundente sau metroragii, corespunzînd sîngerărilor între menstruații), dureri în etajul inferior al abdomenului, creștere în volum a abdomenului sau apariția unor scurgeri vaginale mai mult sau mai puțin tulburi (leucoree).

◆ **Investigații**

Examenul ginecologic evidențiază un uter mărit de volum, dur, cu suprafața mai mult sau mai puțin neregulată. Dimensiunile și localizarea fibromului/fibroamelor sînt precizate prin ecografie pelviană și histerografie (radiografie uterină după injectarea unei substanțe opace în interior, ceea ce permite buna vizualizare a pereților interni ai uterului).

◆ **Evoluție și complicații**

Principalele complicații sînt hemoragiile grave, compresia asupra vezicii și căilor urinare, necroza (moartea țesuturilor prin întreruperea circulației), torsiunea fibromului, perturbarea sarcinii sau sterilitatea. În general simpla supraveghere este suficientă și numai fibroamele care produc simptome trebuie tratate, întrucît regresia spontană se produce frecvent după menopauză.

◆ **Tratament**

Tratamentul cu medicamente pe bază de hormoni poate să încetinească evoluția și să evite complicațiile (produși pe bază de progesteron și analogi de GnRH, de exemplu Diphereline®). În cazul fibroamelor mari sau al apariției complicațiilor este necesar tratamentul chirurgical, fie trecînd prin căile naturale (histeroscopie), fie făcînd mici incizii în peretele abdominal (laparoscopie). Uterul va fi în general conservat, iar histerectomia totală (ablația uterului, a trompelor și a ovarelor) nu va fi propusă decît dacă femeia nu își mai dorește să aibă copii.

FIBROSARCOMUL OSOS

Tumoră osoasă malignă. Este rară (reprezintă 6% din tumorile osoase maligne) și apare mai frecvent la adult decît la copil. Este situată adesea la nivelul genunchiului (porțiunea inferioară a femurului, porțiunea superioară a tibiei). Aspectul său radiologic este o imagine transparentă, imprecis delimitată, adesea extinsă la nivelul țesuturilor din jur. Tratamentul constă din chimioterapie și tratament chirurgical, uneori cu practicarea unei amputații.

FIBROZA CHISTICĂ A PANCREASULUI SAU (VEZI) MUCOVISCIDOZA

FIBROZA PULMONARĂ

◆ **Definiție și cauze**

Afecțiune pulmonară caracterizată printr-o îngroșare a țesutului care formează rețeaua de susținere a plămînului. Consecința este scăderea elasticității plămînului, lucru care incomodează respirația. În 1/3 din cazuri nu poate fi găsită nici o cauză; se vorbește în acest caz despre fibroză pulmonară idiopatică. Ea poate fi și secundară altor boli pulmonare (silicoză, azbestoză, pneumopatie de hipersensibilizare, sarcoidoză, histiocitoza X), administrării unor medicamente, sau unor boli generale care afectează țesutul conjunctiv (prezent în toate organele și asigurînd forma acestora) numite colagenoze: sclerodermie, lupus, poliartrită reumatoidă etc.

◆ **Frecvență**

Forma idiopatică survine în general în jurul vîrstei de 50 ani.

◆ **Semne și simptome**

Principalele semne sînt dificultatea în

respiraţie, iniţial la efort, apoi şi în repaus, asociată cu o colorație albastră a buzelor şi unghiilor (cianoză) şi cu deformarea degetelor, care prezintă unghii bombate (hipocratism digital), deformare întîlnită în afecţiunile pulmonare cronice. La auscultaţie se aud zgomote anormale (raluri).

◆ **Investigaţii**

Radiografia pulmonară evidenţiază anomalii, în special în porţiunea inferioară a plămînilor. Explorarea numită dozarea gazelor sangvine arată o lipsă de oxigen în sînge (hipoxemie). Starea plămînilor se evaluează cu ajutorul probelor funcţionale respiratorii (măsurarea volumelor pulmonare punînd pacientul să sufle într-un aparat special numit spirometru). Numai prelevarea unui mic fragment de ţesut pulmonar pentru examinarea la microscop (biopsia) permite stabilirea exactă a diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În forma idiopatică, evoluţia este spre insuficienţă respiratorie cronică progresivă cu răsunet asupra inimii (insuficienţă cardiacă dreaptă). Principalele complicaţii sînt infecţiile şi pneumotoraxul (pătrunderea de aer în pleură, care reprezintă foiţa care înveleşte plămînii).

◆ **Tratament**

În forma idiopatică, medicamentele utilizate sînt derivaţii de cortizon sau, în caz de eşec, un medicament folosit în tratamentul cancerului, ciclofosfamida (Endoxan®). Pacientul necesită adesea administrarea continuă de oxigen la domiciliu şi prescrierea de antibiotice la primul semn de infecţie. În unele cazuri poate fi avut în vedere transplantul pulmonar.

FIBROZA RETROPERITONEALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Transformarea grăsimii situate între învelişul care acoperă intestinele (peritoneu) şi coloana vertebrală într-o placă de ţesut rigid. Această zonă, numită spaţiu retroperitoneal, conţine rinichii, ureterele, vena cavă inferioară şi nervi ce provin din măduva spinării, structuri care pot fi comprimate. C mai adesea nu se descoperă nici cauză; în unele cazuri este vorba d spre efectele secundare ale unui med cament utilizat împotriva migrene metisergida (Desernil®), de seche a radioterapiei, cancer, traumatisme sa o inflamaţie de origine digestivă.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune rară, dar nu excepţională. Fo ma idiopatică (fără o cauză identificat survine în general între 40 şi 60 ani, m frecvent la bărbaţi.

◆ **Semne şi simptome**

Simptomele sînt legate de compresi structurilor situate la acest nivel Afectarea ureterelor [A 13-8] se tra duce prin dureri şi uneori întrerupere scurgerii urinei, ceea ce antrenează suferinţă a rinichilor. În ceea ce priveşte vena cavă inferioară [A 16 6], este vorba despre edeme sau trom boflebite la nivelul membrelor inferio are. Tumefacţia scrotului, determinat de prezenţa de lichid în membrana car înveleşte testiculele (modificare nu mită hidrocel) este frecventă.

◆ **Investigaţii**

Ecografia, tomografia computerizată, examenul RMN şi urografia intravenoasă (injectarea intravenoasă a unei substanţe care face urina opacă pe radiografii) permit vizualizarea formaţiunii şi/sau evaluarea răsunetului asupra scurgerii urinei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este afectarea renală, provocată de dilatarea căilor urinare (secundară obstrucţiei), şi poate ajunge până la insuficienţă renală.

◆ **Tratament**

Medicamentele antiinflamatorii (derivaţii de cortizon) pot fi utile, dar intervenţia chirurgicală este adesea necesară pentru îndepărtarea obstacolului din calea scurgerii urinei.

◆ **Prevenţie**

Singura măsură de prevenţie eficientă este limitarea la 6 luni consecutive a prescrierii de metisergidă în tratamentul migrenei.

ARIOZA DE MEDINA U (VEZI) DRACUNCULOZA

ARIOZELE LIMFATICE

Definiţie şi cauze

Infecţii parazitare produse de viermi mici în formă de fire numiţi filarii (*Wuchereria bancrofti* şi *Brugia malayi*), transmişi prin înţepăturile unor ţînţari. Se întîlnesc în zonele tropicale. După pătrunderea în organism, filariile se fixează şi se dezvoltă în ganglionii şi vasele limfatice [A 8].

Frecvenţă

W. bancrofti este prezentă în Asia, Africa, America de Sud, Caraibe şi Oceania. Afectează în jur de 80 milioane de persoane. *Brugia malayi* se întîlneşte în China, India, Indonezia, Coreea, Japonia, Malaezia şi Filipine.

Semne şi simptome

Forma acută se manifestă prin puseuri de febră, cu dureri ale ganglionilor limfatici din regiunea inghinală şi inflamaţia vaselor limfatice (limfangită) de la nivelul membrelor inferioare, care se traduce prin apariţia unor cordoane roşii, tumefiate şi dureroase. Inflamaţia testiculelor (orhita) este posibilă şi se traduce prin tumefacţia dureroasă a scrotului. Modificările pulmonare („plămînul eozinofilic tropical“) manifestate prin respiraţie dificilă, expectoraţii purulente sau cu striuri de sînge sînt de asemenea posibile. În alte cazuri urina devine albicioasă din cauza pătrunderii limfei în urină (chilurie).

Investigaţii

Analizele sanguine arată o creştere a numărului unor globule albe numite eozinofile, anomalie comună tuturor bolilor parazitare. Viermii (microfilariile) pot fi detectaţi direct în sînge dacă prelevarea se face noaptea, iar prezenţa anticorpilor (serodiagnostic) arată că organismul este infectat.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În lipsa tratamentului, boala evoluează mai mulţi ani, în mai multe pusee, spre forma cronică manifestată prin creşterea monstruoasă în volum a membrelor inferioare şi a scrotului, denumită elefantiazis („picioare de elefant“).

◆ **Tratament**

Constă în administrarea unui medicament antiparazitar, ivermectinul, repaus, aplicarea de pansamente umede şi administrarea de antiinflamatorii. În stadiul de elefantiazis este indicat tratamentul chirurgical.

◆ **Prevenţie**

Măsurile generale de prevenire constau în combaterea ţînţarilor. Prevenţia individuală constă în utilizarea de plase împotriva ţînţarilor şi folosirea insecticidelor.

FIMOZA

Strîmtarea prepuţului, care face imposibilă decalotarea glandului [A 15-7]. Poate fi prezentă de la naştere sau poate apărea la pubertate. În alte cazuri, este consecinţa unei afecţiuni apărute la adult: diabet, infecţie, tumoră a penisului. Constituie frecvent o sursă de infecţie, din cauza stagnării secreţiilor şi a urinei; în plus, face dificile contactele sexuale. Dacă se forţează decalotarea, se poate produce o parafimoză care corespunde unei strangulări a glandului, cu imposibilitatea de recalotare. În formele uşoare se poate încerca destinderea progresivă prin manevre blînde şi repetate. În celelalte cazuri, o mică intervenţie chirurgicală permite rezolvarea definitivă a problemei.

FISTULA ANALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Comunicare anormală între rect [A 12] şi piele, rezultînd cel mai adesea în urma deschiderii (spontane sau chirurgicale) a unui abces al anusului.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune relativ frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

După un episod sugestiv pentru un abces (tumefacţie, durere, roşeaţă), apare o scurgere de puroi, nedureroasă, care pătează lenjeria. Examinarea locală de către medic descoperă orificiul la nivelul pielii din jurul anusului.

◆ **Investigații**
Detectarea orificiului intern se face prin introducerea unui anuscop (tub care permite vizualizarea interiorului anusului) și sondarea canalului cu un stilet sau injectarea unui colorant.
◆ **Evoluție și complicații**
Tratamentul trebuie realizat cu prudență pentru a evita lezarea sfincterului anal ce permite controlul defecației, ceea ce ar duce la incontinență.
◆ **Tratament**
Numai tratamentul chirurgical este eficient.

FISTULA ARTERIOVENOASĂ

◆ **Definiție și cauze**
Comunicare anormală între o arteră și o venă, care scurtcircuitează circulația din micile vase capilare situate în aval. Aceste fistule pot fi rezultatul unor malformații din naștere (congenitale) sau pot fi secundare unei răni care afectează simultan o arteră și o venă și care trece neobservată. Ele pot afecta orice organ.
◆ **Frecvență**
Anomalie relativ frecventă.
◆ **Semne și simptome**
Semnele sînt variabile în funcție de localizare. La nivelul membrelor apar dureri, freamăt la palpare, dilatația venelor însoțită de edem, ulcer etc. În alte organe fistulele rămîn invizibile și nu se manifestă cel mai adesea decît prin hemoragii: cerebrale, digestive, pulmonare, urinare.
◆ **Investigații**
În cazul fistulelor situate aproape de piele este utilă ecografia Doppler, ce folosește ultrasunete și permite vizualizarea fluxului sangvin. Tomografia computerizată și examenul IRM precizează întinderea leziunii. Arteriografia, radiografie cu injectarea unei substanțe opace, permite vizualizarea diferitelor traiecte ale vaselor.
◆ **Evoluție și complicații**
Principala complicație este ruptura, însoțită de o hemoragie externă sau internă care poate fi mortală. În fistulele de calibru mare se poate dezvolta o insuficiență cardiacă. Unii factori favorizanți pentru evoluția fistulelor pot fi: traumatisme, pubertatea, sarcina, tratamentul hormonal (pilule contraceptive).
◆ **Tratament**
Tratamentul este chirurgical în fistulele traumatice. În cazul fistulelor congenitale, intervenția chirurgicală nu se face sistematic; metodele utilizate sînt embolizarea (trimiterea, prin intermediul unui cateter, a unei substanțe care astupă vasul), intervenția chirurgicală sau asocierea celor două.

FISURA ANALĂ

◆ **Definiție și cauze**
Ulcerație (plagă care nu se vindecă) alungită sau în formă de rachetă, situată la nivelul unui pliu al anusului. Factorii favorizanți sînt constipația sau scaunele dure.
◆ **Frecvență**
Este o afecțiune frecventă.
◆ **Semne și simptome**
Semnul major este durerea foarte intensă care urmează defecației, asociată frecvent cu sîngerare (rectoragie). Deplisarea anusului (după o eventuală anestezie pentru a îndepărta contracția sfincterului) permite vizualizarea leziunii.
◆ **Investigații**
Examenul clinic este suficient pentru stabilirea diagnosticului. În cazul unei fisuri atipice trebuie exclus un diagnostic de cancer, sifilis, tuberculoză sau boală Crohn.
◆ **Tratament**
Dacă fisura este recentă, este indicat tratamentul medical: pomezi antiinflamatorii și cicatrizante, medicamente împotriva durerii (analgezice) și pentru relaxarea mușchilor (miorelaxante), combaterea constipației. Dimpotrivă, în cazul leziunilor vechi și care nu se cicatrizează, este indicat tratamentul chirurgical.

FLEBITA

SAU (VEZI) TROMBOZA VENOASA PROFUNDĂ

FLUTTERUL ATRIAL

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburare de ritm cardiac, caracterizată prin accelerare a contracţiilor atriilor [A 7-3/8] în jurul valorilor de 250–350/min, care nu antrenează contracţia ventriculelor decît o dată la 2, 3 sau 4 contracţii atriale. Uneori nu se descoperă nici o cauză, însă cel mai frecvent flutterul atrial însoţeşte diferite afecţiuni cardiace sau o disfuncţie a tiroidei (hipertiroidie).

◆ **Frecvenţă**

Flutterul este mult mai rar decît fibrilaţia atrială.

◆ **Semne şi simptome**

Simptomele se limitează la senzaţia de palpitaţii.

◆ **Investigaţii**

Electrocardiograma permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Reprezintă o tulburare relativ benignă. Evoluţia poate fi punctată de crize ce durează de la cîteva minute la cîteva zile, dar cel mai frecvent tulburarea se instalează pentru o perioadă lungă. Principala complicaţie este o criză de insuficienţă cardiacă, mai ales dacă starea inimii este deja precară.

◆ **Tratament**

Regularizarea ritmului cardiac poate fi obţinută fie cu ajutorul medicamentelor antiaritmice, fie prin administrarea unui şoc electric sau prin stimularea electrică a atriilor. Tratamentul anticoagulant prealabil este necesar pentru dizolvarea cheagurilor formate în anumite zone ale atriilor prin stagnarea sîngelui, cheaguri care pot migra în vase astupîndu-le (paralizie brusc instalată atunci cînd acestea blochează o arteră din creier).

◆ **Prevenţie**

După regularizarea ritmului se prescrie un tratament continuu cu medicamente antiaritmice, pentru prevenirea recidivelor.

FOLICULITA [D3]

Inflamaţie a foliculilor piloşi, determinată cel mai frecvent de stafilococul auriu. Principalele foliculite sînt furunculul, furunculul antracoid, sicozisul bărbii, orgeletul şi pustulele recidivante ale pielii păroase.

FURTUL SUBCLAVICULAR (SINDROMUL DE)

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburare circulatorie constînd în deturnarea sîngelui din artera care trece de-a lungul vertebrelor de la nivelul gîtului (artera vertebrală) şi irigă porţiunea inferioară a creierului în artera care porneşte spre braţ (artera subclaviculară) [A 6-3/5]. Este cauzată de prezenţa unei plăci de aterom (depunere de colesterol) care obstruează parţial artera subclaviculară înaintea originii arterei vertebrale.

◆ **Frecvenţă**

Rar.

◆ **Semne şi simptome**

În repaus, nu există în general nici un simptom. În timpul unor mişcări sau al unor eforturi depuse cu braţul de partea afectată, consecinţa poate fi o oxigenare deficitară a unei părţi din creier, care se traduce prin semne în general fugace: vertij, senzaţie de leşin, chiar sincopă, tulburări de sensibilitate la nivelul jumătăţii de faţă de aceeaşi parte şi a membrelor de partea opusă, vedere dublă (diplopie) şi tulburări de vorbire (dizartrie). În plus, pulsul la nivelul articulaţiei pumnului şi tensiunea arterială la braţul respectiv sînt scăzute şi chiar imperceptibile.

◆ **Investigaţii**

Examinarea cu ajutorul ultrasunetelor (Doppler) sau prin injectarea unei substanţe care opacifiază arterele (arteriografia) permit confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalul risc este moartea celulelor din porţiunea de creier afectată, cu instalarea unor sechele neurologice, dacă întreruperea circulaţiei este persistentă.

◆ **Tratament**

Tratamentul constituie o urgenţă. Constă dintr-o intervenţie chirurgicală care vizează dezobstrucţia sau realizarea unei derivaţii la nivelul zonei de arteră înfundată.

FURUNCULOZA

Complicaţie a furunculelor, care devin recidivante şi supărătoare. Ea afectează frecvent persoane tinere şi sănătoase şi este favorizată de o igienă deficitară la persoane purtătoare de stafilococi aurii pe piele. Tratamentul antibiotic local (creme sau pomezi) şi general (gelule sau comprimate) trebuie prescris pacientului şi anturajului acestuia.

FURUNCULUL [D3]

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie acută a unui folicul pilos, determinată de infecţia cu stafilococ auriu. Factorii favorizanţi sînt umezeala (pliuri ale pielii, temperaturi ridicate), traumatismele locale (haine strîmte, bărbierit), igiena deficitară, cremele sau pomezile pe bază de cortizon, diabetul şi obezitatea.

◆ **Frecvenţă**

Este una dintre cele mai frecvente afecţiuni ale pielii.

◆ **Semne şi simptome**

Se prezintă ca un nodul roşu şi dureros, care prezintă deasupra o pustulă şi este centrat de un fir de păr. În cîteva zile se moaie şi se rupe, lăsînd să se scurgă un lichid gălbui numit burbion, care corespunde ţesuturilor moarte ale foliculului pilos. Localizările cele mai frecvente sînt faţa, fesele, gîtul şi pieptul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Vindecarea se produce în 15 zile, lăsînd o mică cicatrice. Principalele complicaţii sînt furunculul antracoid (placard inflamator alcătuit din mai multe furuncule), stafilococia malignă a feţei şi furunculoza (recidive continue).

◆ **Tratament**

Cuprinde măsuri de igienă şi aplicarea de antiseptice pentru ca leziunea să se evacueze spontan. Uneori este necesară o mică incizie.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Un furuncul nu trebuie niciodată manipulat (stors), mai ales dacă este situat la nivelul feţei, pentru a evita extinderea infecţiei la pielea din jur. Prevenţia constă în cunoaşterea şi eliminarea factorilor de risc, precum şi în măsuri de igienă.

G

GALACTOREEA

Definiţie şi cauze

Scurgere de lapte prin mameloane în afara perioadei normale de lactaţie de după o sarcină. Galactoreea poate apărea şi la bărbaţi. Este legată de secreţia anormală a unui hormon, prolactina, de către hipofiză (glandă situată în porţiunea inferioară a creierului), ale cărei cauze sînt fie tumori benigne (prolactinom), fie anumite medicamente (hormoni, psihotrope, antihipertensive).

Frecvenţă

Frecventă.

Semne şi simptome

Scurgerea poate fi uni- sau bilaterală, spontană sau provocată de apăsare. La femeie, galactoreea se asociază frecvent cu absenţa menstruaţiei (amenoree). Pot fi prezente semne care sugerează prezenţa unei tumori (dureri de cap, tulburări vizuale).

◆ **Investigaţii**

Bilanţul cuprinde dozarea prolactinei în sînge şi o tomografie computerizată sau un examen IRM de craniu în căutarea unei eventuale tumori.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia depinde de cauză. Tratamentul este cel mai adesea eficient.

◆ **Tratament**

În funcţie de cauză, mijloacele utilizate sînt: întreruperea administrării unui medicament, intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea unei tumori şi bromocriptina, medicament care inhibă secreţia de prolactină.

GANGRENA GAZOASĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie cu germeni anaerobi (numiţi astfel întrucît nu au nevoie de oxigen pentru a se dezvolta), care antrenează moartea ţesuturilor afectate, în special a muşchilor, cu producerea de gaz. Se dezvoltă cel mai adesea pornind de la o plagă netratată sau după o intervenţie chirurgicală. Intervalul de apariţie este scurt, între 12 şi 24 ore.

◆ **Frecvenţă**

Este scăzută, dar leziunile legate de accidentele rutiere constituie o cauză importantă de gangrenă gazoasă.

◆ **Semne şi simptome**

Primul semn este durerea locală; ulterior apare tumefacţie (edem) însoţită de scurgerea de puroi cu miros fetid şi de crepitaţie la palpare, legată de prezenţa unor bule de aer în ţesuturi.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea unei probe de la nivelul zonei infectate permite identificarea germenelui implicat.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Fără tratament, evoluţia se face spre extensia la ţesuturile din jur cu generalizarea infecţiei la întregul organism (septicemie), conducînd la decesul bolnavului. În ciuda tratamentului, mortalitatea rămîne ridicată.

◆ **Tratament**

Constă în administrarea de antibiotice, intervenţia chirurgicală pentru curăţarea ţesuturilor şi îndepărtarea celor moarte (debridare chirurgicală) şi oxigenoterapia hiperbară (utilizarea unui cheson care permite punerea pacientului într-o atmosferă supraîncărcată în oxigen, care limitează dezvoltarea germenilor şi permite o mai bună alimentare cu oxigen a ţesuturilor).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Se instituie tratament antibiotic preventiv precoce în cazul plăgilor contaminate

și în timpul intervențiilor chirurgicale pe zone cu țesuturi infectate.

GASTRINOMUL SAU (VEZI) ZOLLINGER-ELLISON (SINDROMUL)

GASTRITA ACUTĂ HEMORAGICĂ

◆ **Definiție și cauze**

Inflamație și eroziune a porțiunii superficiale a peretelui stomacului (mucoasa gastrică), ducînd la sîngerarea acesteia. Principalele cauze sînt stresul, în special la bolnavii spitalizați în stare gravă, și anumite medicamente (aspirină, antiinflamatorii).

◆ **Frecvență**

Afecțiune foarte frecventă. Apare la 80-90% din bolnavii spitalizați în terapie intensivă și reprezintă principala reacție adversă a medicamentelor antiinflamatorii.

◆ **Semne și simptome**

Gastrita poate persista o perioadă îndelungată fără să dea simptome. Semnele sugestive sînt senzațiile de arsuri la stomac care apar după mese, ori sînt provocate de alcool sau de alimente condimentate.

◆ **Investigații**

Endoscopia permite stabilirea diagnosticului, prin vizualizarea interiorului stomacului cu ajutorul unui tub prevăzut cu un sistem optic, introdus prin gură.

◆ **Evoluție și complicații**

Principala complicație este hemoragia digestivă, care poate pune în joc viața pacientului.

◆ **Tratament**

Sînt necesare întreruperea administrării medicamentului eventual implicat și adoptarea unui regim alimentar adecvat (fără condimente, fără alcool, fără prăjeli etc.). Medicamentele utilizate vizează reducerea acidității gastrice; acestea sînt: antiacidele (Maalox®, Ulcerotrat®), medicamentele antisecretorii, numite astfel deoarece scad producția de suc gastric acid (inhibitori de pompă de protoni [ca omeprazol], blocanți de receptori histaminici H_2 [de exemplu ranitidină]). În timpul endoscopiei se poate eventual scleroza (se „arde“ pentru a se închide) un vas care sîngerează.

◆ **Prevenție**

În fond, tratamentul este înainte de toate preventiv: indicațiile antiinflamatoriilor și ale aspirinei trebuie să fie limitate. La pacienții din serviciile de terapie intensivă se prescriu antisecretorii și se recurge la alimentarea printr-o sondă, în locul perfuziilor, cît mai repede posibil.

GASTRITA CRONICĂ ATROFICĂ

◆ **Definiție și cauze**

Inflamația difuză sau localizată a porțiunii superficiale a peretelui stomacului (mucoasa gastrică). Cauzele exacte sînt necunoscute, deși o serie de factori favorizanți cum ar fi fumatul, alcoolul, sau bacteria *Helicobacter pylori*, responsabilă de o mare parte din ulcerele gastrice, par să joace un rol important în apariția gastritei. Se asociază foarte frecvent cu ulcere sau cu polipi.

◆ **Frecvență**

Frecvența pare mai ridicată după 50 ani și crește o dată cu vîrsta.

◆ **Semne și simptome**

În majoritatea cazurilor, asimptomatică. Uneori pacientul acuză o scădere a poftei de mîncare sau oboseală, legată de anemia secundară unei mici hemoragii persistente a mucoasei afectate.

◆ **Investigații**

Diagnosticul se stabilește prin endoscopie (introducerea prin gură a unui tub prevăzut cu un sistem optic) care permite în același timp vizualizarea pereților gastrici și prelevarea unor fragmente de țesut pentru examinarea la microscop (biopsie).

◆ **Evoluție și complicații**

Gastrita cronică atrofică reprezintă o veritabilă stare precanceroasă. Sînt posibile hemoragii digestive grave.

◆ **Tratament**

În absența simptomelor nu este necesar nici un tratament. Se impune supraveghe-

ghierea periodică pentru detectarea precoce a evoluției către un cancer.

GASTROENTERITA
Termen general utilizat pentru a desemna o inflamație a stomacului și intestinului care se manifestă printr-o diaree acută.

GAYET-WERNICKE (ENCEFALOPATIA)
◆ **Definiție și cauze**
Afecțiune a creierului legată de o carență de vitamina B_1. Apare cel mai frecvent la alcoolicii cronici malnutriți, dar și în alte situații de carențe alimentare.
◆ **Frecvență**
Rară.
◆ **Semne și simptome**
Se manifestă prin stare de confuzie mentală, tulburări de mers și echilibru (sindrom cerebelos), rigiditate la mobilizarea membrelor (hipertonie) și tulburări de mobilitate oculară.
◆ **Investigații**
Analizele sanguine descoperă semne de denutriție, în special lipsă de proteine. Examenul IRM cerebral poate arăta imagini sugestive.
◆ **Evoluție și complicații**
Este o afecțiune gravă. În cazul în care se întîrzie tratamentul, poate fi mortală sau poate lăsa sechele neurologice grave (sindromul Korsakov).
◆ **Tratament**
Administrarea de vitamină B_1 pe cale intramusculară sau în perfuzie reprezintă o urgență.
◆ **Prevenție și educație**
În afară de renunțarea definitivă la consumul de alcool, prevenția constă în aportul sistematic și continuu de vitamine din grupul B la alcoolicii cronici.

GÉLINEAU (SINDROMUL) SAU (VEZI) NARCOLEPSIA

GIARDIOZA SAU LAMBLIAZA
◆ **Definiție și cauze**
Infecție digestivă determinată de prezența în intestin a unui parazit numit *Giardia Lamblia*. Transmiterea se face de la om la om prin mîini murdare, apă sau alimente contaminate cu materii fecale.
◆ **Frecvență**
7–10% din populație este purtătoare a parazitului, fără a fi bolnavă, în special copiii (mai ales cei din creșe).
◆ **Semne și simptome**
Adesea boala e asimptomatică. Semnele cele mai frecvente, apărînd în general la 2–3 zile de la contaminare, sînt scaunele diareice urît mirositoare, frecvente, asociate cu dureri abdominale și senzație de balonare. La copii se constată frecvent o scădere în greutate.
◆ **Investigații**
Analiza scaunului pentru detectarea parazitului (examenul coproparazitologic) permite stabilirea diagnosticului.
◆ **Tratament**
Vindecarea poate fi spontană, cu eliminarea parazitului prin scaun. În caz de infecție manifestă, utilizarea unor medicamente eficiente (tinidazol [Fasigyn®, Tiprogyn®, Tinizol®], secnidazol sau metronidazol) permite suprimarea rapidă a simptomelor. În acest caz trebuie tratate și toate persoanele apropiate.
◆ **Prevenție și educație**
Depistarea și tratarea persoanelor infectate care nu fac boala, numite purtători asimptomatici, sînt indispensabile în caz de contaminare repetată, mai ales în colectivități. Celelalte măsuri de prevenție presupun spălarea mîinilor după utilizarea toaletei (în special la copii), precum și fierberea sau filtrarea apei susceptibilă de a fi contaminată și pregătirea termică suficientă a alimentelor în țările cu igienă precară.

GILBERT (BOALA)
◆ **Definiție și cauze**
Boală ereditară care se traduce prin acumularea în sînge a bilirubinei (pigment care colorează bila). Cauza este o anomalie de transformare a bilirubinei la nivelul ficatului, legată de lipsa parțială a unei enzime, care împiedică evacuarea normală a acesteia în bilă. Transmiterea

acestei afecţiuni este numită dominantă, ceea ce înseamnă că este suficient ca numai unul dintre părinţi să aibă boala şi să transmită gena defectă la copil pentru ca şi acesta să fie afectat.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă cea mai frecventă formă de hiperbilirubinemie (concentraţie excesivă a bilirubinei în sînge) cronică benignă, care afectează 2–4% din populaţie.

◆ **Semne şi simptome**

Singurul semn este icterul (coloraţia galbenă a pielii), moderat.

◆ **Investigaţii**

Concentraţia bilirubinei în sînge este moderat crescută.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Singurul prejudiciu este de ordin estetic.

◆ **Tratament**

Nu este necesar nici un tratament. Se recomandă bronzarea uşoară pentru mascarea icterului dacă pacientul este deranjat de aspectul estetic.

GILLES DE LA TOURETTE (BOALA)

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune neurologică caracterizată prin prezenţa de numeroase ticuri ce afectează în special vorbirea. Cauza este necunoscută, dar în unele cazuri se constată existenţa unei predispoziţii ereditare.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune cu o frecvenţă redusă, cu o predominanţă masculină netă.

◆ **Semne şi simptome**

Ticurile, care afectează partea superioară a corpului, apar în general în copilărie. În cîteva luni sau ani ele devin complexe, cu extinderea teritoriului şi creşterea frecvenţei lor. Se remarcă în special instalarea ticurilor verbale, cum ar fi coprolalia (pronunţarea de cuvinte obscene) şi ecolalia (repetarea unor frînturi de cuvinte sau de fraze).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În lipsa tratamentului boala persistă de-a lungul întregii vieţi, cu perioade de intensitate variabilă. Nu există deficit intelectual, dar sînt frecvente perturbările vieţii sociale. Tratamentul medicamentos este foarte eficient şi permite chiar vindecarea în majoritatea cazurilor.

◆ **Tratament**

Se bazează în principal pe medicamentele din familia neurolepticelor.

◆ **Prevenţie**

Primul obiectiv este minimalizarea repercusiunilor sociale (Malraux şi Mozart sînt exemple de oameni celebri atinşi de această boală). Tratamentul medicamentos este rezervat formelor severe, din cauza efectelor secundare care pot fi neplăcute.

GINECOMASTIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Creşterea în volum a glandelor mamare la bărbaţi. Ea este normală la nou-născut, în timpul pubertăţii (secundar unei creşteri tranzitorii a nivelului de hormoni feminini, care se normalizează în cîteva luni) şi la vîrstnici. Principalele cauze de ginecomastie patologică sînt unele medicamente (estrogeni, androgeni, cimetidină, spironolactonă etc.), tumori (testicul, suprarenală) şi disfuncţii ale anumitor organe care antrenează un dezechilibru hormonal (insuficienţă testiculară, ciroză, hipertiroidie).

◆ **Frecvenţă**

Foarte frecventă.

Semne şi simptome

Afectarea este de cele mai multe ori bilaterală, cu prezenţa unei glande mamare palpabile (peste 2 cm), care trebuie bine diferenţiată de o simplă creştere în volum datorată grăsimii (adipomastie). Semnele de gravitate sînt creşterea rapidă şi senzaţia de tensiune dureroasă.

◆ **Investigaţii**

Cuprind o mamografie (radiografie de sîni) şi un bilanţ hormonal, în absenţa unei cauze medicamentoase evidente.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Regresia este adesea spontană sau survine după suprimarea cauzei. Ginecomastiile vechi în care ţesutul este înlocuit prin fibroză (apariţia de ţesut cicatriceal după dispariţia celulelor glandulare) nu

...presează. În acest caz există un risc de transformare în cancer, care impune o supraveghere regulată.

Tratament

Primul tratament este îndepărtarea cauzei. Tratamentul chirurgical este utilizat în caz de ginecomastie persistentă şi de solicitare cu viză estetică din partea pacientului.

...IVITA

Inflamaţia gingiei. Reprezintă o formă localizată de stomatită.

...COMULACUT

Definiţie şi cauze

Afecţiune oculară caracterizată prin creşterea bruscă a presiunii în interiorul ochiului, care antrenează o suferinţă a nervului optic. Mecanismul este blocarea scurgerii umorii apoase a ochiului la nivelul unghiului format între iris şi cornee (unghiul iridocornean), din cauza închiderii excesive a acestuia atunci cînd pupila este dilatată (midriază) [A 16].

Frecvenţă

Frecvenţă scăzută, cu o predominanţă feminină şi vîrsta de apariţie între 55 şi 70 ani.

Semne şi simptome

Ochiul este roşu, foarte tare, cu scăderea acuităţii vizuale şi stare de rău general. Pupila este dilatată şi nu mai reacţionează la lumină (reflex normal: îngustarea pupilei atunci cînd este luminată). Corneea are un aspect lăptos şi este înconjurată de vase dilatate la nivelul conjunctivei (cerc perikeratic).

Investigaţii

Examenul oftalmologic permite măsurarea presiunii intraoculare şi a unghiului iridocornean.

Evoluţie şi complicaţii

În absenţa tratamentului rapid, pierderea definitivă a vederii la ochiul afectat este inevitabilă.

Tratament

Medicamentele utilizate în urgenţă au ca scop reducerea volumului de umoare apoasă din ochi (diazoxidul şi manitolul) precum şi îngustarea pupilei cu ajutorul unui colir (pilocarpina) pentru a deschide unghiul şi a permite evacuarea umorii apoase. După criză, o mică intervenţie cu laser va permite deschiderea unghiului iridocornean (iridectomie) şi, astfel, prevenirea recidivelor.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

După prima criză, tratamentul precoce este indispensabil pentru a evita recidivele.

GLAUCOMUL CRONIC

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune care atinge ambii ochi, caracterizată printr-o creştere a presiunii în interiorul ochiului ce antrenează o suferinţă a fibrelor nervului optic. Cauza este încetinirea scurgerii umorii apoase din interiorul ochiului [A 16].

◆ **Frecvenţă**

Glaucomul cronic afectează 2–3% din populaţie şi este frecvent de origine familială. Debutează în general către vîrsta de 50 ani.

◆ **Semne şi simptome**

La început boala evoluează fără simptome, ceea ce constituie gravitatea acestui tip de glaucom. Ulterior apar tulburări la nivelul cîmpului vizual, care se agravează lent.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul este pus de către oftalmolog prin măsurarea presiunii intraoculare.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În lipsa tratamentului, evoluţia se face către distrugerea nervului optic, ajungînd la pierderea vederii (cecitate).

◆ **Tratament**

Tratamentul iniţial este medical, cu aplicarea de colire care scad presiunea intraoculară (betablocante în special), asociate eventual cu un medicament care scade volumul umorii apoase din ochi (diazoxid); în caz de eşec se recurge la intervenţia chirurgicală sau cu laser pentru a permite o mai bună evacuare a umorii apoase.

◆ **Prevenţie**

Cea mai bună metodă de prevenţie este controlul oftalmologic periodic începînd de la 45–50 ani, cu măsurarea sistematică a presiunii intraoculare.

GLICOGENOZELE

Grup de afecţiuni ereditare determinate de lipsa a cel puţin uneia dintre numeroasele enzime implicate în sinteza şi degradarea glicogenului, substanţă care formează rezervele de glucoză ale organismului, care se acumulează şi se depune în ţesuturi. În majoritatea cazurilor transmiterea este recesivă, ceea ce înseamnă că este necesar ca ambii părinţi (la care boala nu se manifestă) să transmită gena defectă, pentru ca boala să apară la copil. Se disting glicogenozele care afectează în special ficatul şi care se manifestă prin hipoglicemii şi cele predominant musculare, care se manifestă adesea prin dureri musculare. Ansamblul acestor boli afectează o persoană din circa 40 000. Tratamentul este dificil, dar anumite cazuri pot fi ameliorate prin diete sărace în glucide.

GLIOAMELE

Tumori cerebrale derivate din celulele care asigură suportul şi hrănirea neuronilor (celulele gliale = astrocitele şi oligodendrocitele). Se împart în astrocitoame şi oligodendroglioame.

GLOMERULONEFRITA ACUTĂ POSTINFECŢIOASĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune renală caracterizată printr-o inflamaţie a glomerulilor, structuri ale rinichiului care asigură filtrarea sîngelui şi etapa iniţială a formării urinei. Forma tipică este secundară unei infecţii cu streptococ, cel mai frecvent o angină incorect tratată (mai rar, pot fi implicate alte bacterii sau virusuri).

◆ **Frecvenţă**

Forma care afecta în special copilul a devenit astăzi rară, datorită răspîndirii antibioticelor.

◆ **Semne şi simptome**

Primele semne apar în general la două săptămîni după angină. Ele constau în: urină redusă cantitativ (oligurie) şi de culoare roşie din cauza prezenţei de sînge (hematurie), edeme la nivelul pleoapelor, al lombelor şi al gleznelor; hipertensiune arterială. Pot apăr[e] o stare de oboseală (astenie) şi dur[eri] abdominale.

◆ **Investigaţii**

Analizele evidenţiază o cantitate ma[re] de proteine în urină (proteinurie) semne de insuficienţă renală (nivel[uri] crescute ale creatininei şi ureei în sînge). Identificarea în sînge a unor antico[rpi] specifici permite confirmarea diagno[s]ticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia se face către vindecare aproa[pe] în toate cazurile, în circa două săpt[ă]mîni.

◆ **Tratament**

Constă în: repaus, aport redus de ap[ă] şi sare, controlul tensiunii arteriale [ş]i tratamentul cu antibiotice adecvate a[l] infecţiei iniţiale aflate la originea boli[i].

GLOMERULONEFRITA CU IgA SAU (VEZI) BERGER (BOALA)

GLOMERULONEFRITA EXTRAMEMBRANOASĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune renală caracterizată pri[ntr-o] inflamaţie, însoţită de depunere de anti[-] corpi la nivelul glomerulilor (structu[ri] ale rinichiului care asigură filtrarea sîngelui şi etapa iniţială a formării urinei). Cauza este o disfuncţie a sistemelor de apărare ale organismului, al cărei mecanism rămîne neclar.

◆ **Frecvenţă**

Poate afecta adultul şi copilul. După 60 de ani ea reprezintă principala cauză de sindrom nefrotic, caracterizat prin prezenţa de proteine în urină şi edeme generalizate.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele se limitează la edeme generalizate cu apariţie progresivă. Urina este limpede, uneori se poate detecta sînge în urină cu ajutorul bandeletelor reactive.

◆ **Investigaţii**

Evidenţiază anomalii tipice pentru sindromul nefrotic: prezenţa de proteine în urină (proteinurie) şi scăderea nivelului

albuminelor în sînge (hipoalbuminemie). Prelevarea unui mic fragment de rinichi pentru examinarea la microscop (biopsia) permite confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este de cele mai multe ori favorabilă, dar uneori poate duce progresiv spre insuficienţă renală.

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate pentru grăbirea vindecării în formele severe sînt corticoizii şi imunosupresoarele (medicamente care scad imunitatea organismului).

GLOMERULONEFRITA MEMBRANOPROLIFERATIVĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune renală caracterizată prin inflamaţie, însoţită de proliferarea celulelor vaselor sangvine (celulele mezangiale) şi depunerea de anticorpi la nivelul glomerulilor (structuri ale rinichiului care asigură filtrarea sîngelui şi etapa iniţială a producerii urinei). Cauza este o disfuncţie a sistemelor de apărare ale organismului, al cărei mecanism rămîne neclar.

◆ **Frecvenţă**

Apare la adultul tînăr şi la copil, cu o uşoară predominanţă feminină.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele se limitează la edeme generalizate, cu apariţie progresivă. Urina este limpede, dar uneori se poate evidenţia sînge cu ajutorul bandeletelor reactive.

◆ **Investigaţii**

Evidenţiază anomalii tipice pentru sindromul nefrotic: prezenţa de proteine în urină (proteinurie) şi scăderea nivelului albuminelor în sînge (hipoalbuminemie). Prelevarea unui mic fragment de rinichi pentru examinarea la microscop (biopsia) permite confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă, care evoluează lent dar frecvent spre insuficienţă renală cronică.

◆ **Tratament**

Corticoizii pot încetini uneori evoluţia bolii.

GLOMERULONEFRITA RAPID PROGRESIVĂ (SAU CU SEMILUNE)

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune renală caracterizată prin inflamaţie însoţită de distrugerea vaselor şi proliferarea celulelor de la nivelul glomerulilor (structuri ale rinichiului care asigură filtrarea sîngelui şi etapa iniţială a formării urinei). Cauza este o disfuncţie a sistemelor de apărare ale organismului, al cărei mecanism rămîne neclar.

◆ **Frecvenţă**

Poate apărea la orice vîrstă, predominant la sexul masculin.

◆ **Semne şi simptome**

De cele mai multe ori instalarea este insidioasă, cu stare de oboseală (astenie), dureri abdominale, greaţă şi vărsături. Volumul de urină este scăzut (oligurie) şi în jumătate din cazuri apar edeme.

◆ **Investigaţii**

Bilanţul evidenţiază proteine şi sînge în urină (proteinurie şi hematurie), precum şi semne de insuficienţă renală (niveluri crescute ale ureei şi creatininei). Prelevarea unui mic fragment de rinichi pentru examinarea la microscop (biopsia) permite confirmarea diagnosticului (imagini în „semilune" la nivelul glomerulilor şi prezenţa de anticorpi anti-citoplasmă de neutrofile sau ANCA).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o afecţiune gravă, care evoluează frecvent către insuficienţă renală, necesitînd dializă.

◆ **Tratament**

Mijloacele terapeutice utilizate pentru a încetini evoluţia bolii sînt administrarea de corticoizi în doze mari, unele citostatice (ciclofosfamidă, clorambucil) şi schimburile plasmatice (înlocuirea plasmei sangvine, formată doar din lichid, fără globule şi plachete, care este susceptibilă de a conţine agenţi care contribuie la disfuncţia sistemului imun).

GLOMERULONEFRITELE CRONICE PRIMITIVE

Afecţiuni renale caracterizate prin inflamaţia glomerulilor (structuri ale rinichiului care asigură filtrarea sîngelui şi iniţierea formării de urină) care pot evolua, mai mult sau mai puţin rapid, spre insuficienţă renală cronică. Sînt numite primitive, deoarece nu poate fi identificată nici o cauză evidentă a acestora. Este vorba despre nefroza lipoidică, hialinoza segmentară focală, boala Berger, nefropatiile cu IgA, glomerulonefritele extramembranoase şi glomerulonefritele membranoproliferative (vezi aceşti termeni).

GLOMERULONEFRITELE CRONICE SECUNDARE

Sînt afecţiuni renale caracterizate prin inflamaţia glomerulilor (structuri ale rinichiului care asigură filtrarea sîngelui şi etapa iniţială a formării urinei) care pot evolua mai mult sau mai puţin rapid spre insuficienţă renală. Sînt numite secundare deoarece sînt consecutive altor boli. Acestea sînt: diabetul (nefropatia diabetică), amiloidoza şi lupusul eritematos sistemic.

GLOSITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţie acută sau cronică a limbii. Cauzele pot fi:

1. **Locale:** infecţii, traumatisme, factori iritanţi (fumat, alimente calde, condimente etc.) sau alergici (pastă de dinţi, substanţe dezinfectante etc.).
2. **Generale:** deficit de vitamine, anemie prin carenţă de fier, afecţiuni generale ale pielii.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele sînt variabile în funcţie de cauză: roşeaţă (eritem), ulceraţii, dispariţia sau hipertrofia papilelor, coloraţie brună sau neagră, dureri, senzaţie de arsură etc.

◆ **Investigaţii**

Au ca scop identificarea cauzei, în special în cazul bolilor generale asociate. Dacă leziunile nu dispar după o săp[tă]mînă de tratament, trebuie efectuat[ă] prelevare de ţesut pentru examinarea [la] microscop (biopsie).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Dacă se poate identifica şi corecta ca[u]za, răspunsul la tratament este în ge[ne]ral rapid. Durerile pot incomoda alime[n]taţia. Evoluţia cronică benignă es[te] frecventă. Anumite forme grave însoţ[ite] de creşterea în volum a limbii prezi[ntă] riscul de obstrucţie a gîtului şi de a[s]fixiere.

◆ **Tratament**

Factorii iritanţi sau alergizanţi tre[]buie eliminaţi, iar infecţiile loca[le] trebuie tratate. Durerile pot fi ca[l]mate prin clătirea gurii şi aplicare[a] de anestezice locale. Corticoizii s[au] tretinoinul (Airol®) sînt utili în an[u]mite cazuri.

GLUCOZO-6-FOSFAT DEHIDROGENAZA (G-6-PD) (DEFICITUL DE)

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală genetică în care gena defectă est[e] situată pe cromozomul X, ceea c[e] înseamnă că bărbaţii sînt afectaţi în mo[d] constant, în timp ce femeile sînt afectat[e] doar parţial întrucît posedă doi cromo[]zomi X. Se caracterizează prin lipsa une[i] enzime din globulele roşii, G-6-PD, car[e] antrenează o fragilitate crescută a aces[]tora. Gravitatea bolii rezidă în apariţi[a] unor crize de distrugere a globulelor roşii, declanşate de unele medicamente (în special aspirină) şi alimente (linte, fasole verde, sparanghel, anghinare etc.).

◆ **Frecvenţă**

Este frecventă în unele etnii (aproape 10% din negrii americani). Apare cu o frecvenţă mai redusă în jurul Bazinului mediteraneean. Apariţia este variabilă la femeile care au o singură genă afectată.

◆ **Semne şi simptome**

În timpul unei crize, distrugerea brutală a globulelor roşii (hemoliza acută) se manifestă prin dureri abdominale şi lombare, cu eliminarea de urină închisă la culoare.

◆ **Investigaţii**

Examinarea globulelor roşii la microscop evidenţiază corpi Heinz, specifici bolii. Dozarea enzimei G-6-PD confirmă diagnosticul.

Evoluţie şi complicaţii

Distrugerea globulelor roşii încetează la cîteva zile de la întreruperea medicamentului sau de la iniţierea tratamentului cauzei declanşatoare. Este posibilă şi o formă cronică, manifestată prin anemie (lipsă de globule roşii) şi splenomegalie (creşterea în volum a splinei).

Tratament

Uneori sînt necesare transfuzii. Formele cronice pot necesita uneori îndepărtarea chirurgicală a splinei.

Educaţie

Pacientul trebuie să cunoască lista medicamentelor şi a alimentelor susceptibile de a declanşa o criză şi să poarte asupra sa un cartonaş care să indice boala de care suferă.

…RTROZA SAU (VEZI …) …OZA GENUNCHIULUI

…REEA
…RETRITA GONOCOCICĂ

Definiţie şi cauze

Boală cu transmitere sexuală produsă de gonococ sau *Neisseria gonorrhoeae*, numită şi blenoragie. Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este în general de 48 ore.

Frecvenţă

Numărul de cazuri a scăzut în ţările dezvoltate, ajungînd la 500 cazuri la 100 000 locuitori pe an, dar rămîne de zece ori mai mare în Africa. Totuşi, se constată în ultima vreme o recrudescenţă legată de afluxul de prostituate din ţările în care boala este mai frecventă.

Semne şi simptome

La bărbat apar semne urinare (arsuri, nevoia foarte frecventă, dar şi dificultate de a urina) cu scurgerea de puroi prin uretră, care pătează lenjeria. La femeie infecţia poate să treacă neobservată sau poate să determine doar o scurgere vaginală albă şi cîteva semne de iritaţie locală. În funcţie de practicile sexuale, în special la homosexuali, există infecţii care afectează anusul sau gîtul.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea locală de puroi permite identificarea germenelui, fie prin examen direct la microscop, fie după însămînţarea pe medii de cultură.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

La bărbat, complicaţiile sînt reprezentate de extinderea infecţiei la testicul (orhiepididimită) şi la prostată (prostatită); la femeie sînt afectate trompele uterine (salpingită), cu risc de sterilitate.

◆ **Tratament**

Tratamentul antibiotic este foarte eficient şi se administrează în doză unică, de exemplu injectarea intramusculară de ceftriaxonă. O altă boală cu transmitere sexuală, infecţia cu chlamidii, se asociază frecvent, necesitînd adăugarea unui alt antibiotic, azitromicina (Sumamed®) sub formă de comprimate, de asemenea în doză unică.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia constă în utilizarea prezervativului şi tratamentul sistematic al partenerilor. Infecţia gonococică poate fi asociată cu alte boli cu transmitere sexuală (sifilis, HIV, herpes etc.), care trebuie de asemenea tratate. Contaminarea la nou-născut în timpul naşterii (cu apariţia conjunctivitei) se previne prin instilarea sistematică de nitrat de argint în ambii ochi imediat după naştere.

GOODPASTURE (SINDROMUL …)

◇ **Definiţie şi cauze**

Boală determinată de o disfuncţie a mecanismelor de apărare ale organismului, care produc anticorpi ce atacă propriile ţesuturi. Cauza acesteia rămîne necunoscută. Organele afectate sînt plămînii şi rinichii.

Frecvenţă

Este o boală rară care afectează în general bărbaţii tineri.

◆ **Semne şi simptome**

Afectarea pulmonară se manifestă prin expectoraţii cu sînge în cantitate mare (hemoptizie); cea renală, prin prezenţa de sînge şi proteine în urină.

◆ **Investigaţii**

Radiografia pulmonară permite evaluarea leziunilor pulmonare. Prelevarea unui mic fragment de rinichi pentru examinarea la microscop (biopsia) evidenţiază leziuni tipice la nivelul glomerulilor (structuri cu rol de filtrare care asigură prima fază a producerii urinei).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă, care evoluează de cele mai multe ori spre insuficienţă renală cronică, dar o serie de progrese înregistrate în tratament au permis ameliorarea considerabilă a prognosticului. Apar de asemenea anticorpi anormali în sînge.

◆ **Tratament**

Mijloacele terapeutice utilizate sînt: corticoizii în doze mari, imunosupresoarele (medicamente care reduc imunitatea organismului) şi plasmafereza (epurarea plasmei sangvine de o serie de anticorpi anormali care participă la producerea bolii). În stadiul de insuficienţă renală sînt indicate hemodializa şi transplantul renal.

GOUGEROT-SJÖGREN (SINDROMUL)

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală care asociază uscăciunea ochilor şi a gurii, ca urmare a afectării glandelor care produc în mod normal lacrimile şi saliva. Cauza este o disfuncţie a sistemului de apărare al organismului, care se întoarce împotriva propriilor ţesuturi: se vorbeşte în acest caz de o boală autoimună. Cauza acestei disfuncţii este necunoscută. Poate fi izolat, situaţie în care se vorbeşte de „sindrom uscat", sau poate fi integrat în cadrul altor boli autoimune, cum ar fi poliartrita reumatoidă, sclerodermia sau lupusul eritematos sistemic.

◆ **Frecvenţă**

Este un sindrom frecvent, din cauza asocierii sale cu numeroase boli. Se manifestă între 30 şi 45 ani, cu predominanţă feminină.

◆ **Semne şi simptome**

Afectarea oculară se caracterizează prin absenţa lacrimilor însoţită de apariţia unei leziuni a corneei (keratită), care se manifestă prin roşeaţă, senzaţie de arsură şi de „nisip" în ochi, asociate cu imposibilitatea de a suporta lumina puternică (fotofobie). Uscăciunea gurii, numită xerostomie, antrenează iritaţie, arsuri, fisuri ale limbii şi buzelor, precum şi inflamaţia gingiilor, simptome care incomodează semnificativ alimentaţia. Pot fi afectate şi alte glande de la nivelul nasului, al vaginului sau al pielii (glandele sudoripare).

◆ **Investigaţii**

Diferite teste permit măsurarea secreţiei de lacrimi (testul Schirmer) şi a celei de salivă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Riscurile principale sînt reprezentate de leziuni grave ale organelor afectate, cu apariţia de ulceraţii şi de infecţii.

◆ **Tratament**

Tratamentul eventualei boli aflate la originea sindromului este esenţial. Simptomele pot fi ameliorate cu ajutorul unor medicamente care stimulează secreţia de salivă (ca anetoltritiona) ori al substituenţilor de salivă sau de lacrimi.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Medicamentele care reduc secreţia de salivă (decongestionantele nazale şi antihistaminicele) sînt interzise; sînt necesare îngrijirea atentă a cavităţii bucale şi controale stomatologice repetate. Ingestia de lichide trebuie să fie frecventă în cursul zilei.

GRANULOMATOZA WEGENER

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală caracterizată printr-o inflamaţie însoţită de distrugerea (necroza) peretelui arterelor şi venelor de calibru mic (angeită). Afectează în mod preferenţial căile respiratorii, plămînii şi rinichii. Este determinată de o disfuncţie a sistemului

de apărare al organismului (sistemul imun), de origine necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Este o boală rară care apare la orice vîrstă, dar de obicei între 40 şi 50 ani, cu o uşoară predominanţă la sexul masculin.

◆ **Semne şi simptome**

Afectarea respiratorie se manifestă prin inflamaţie la nivelul nasului, cu scurgere de puroi, sinuzită, tuse, expectoraţii cu sînge şi respiraţie dificilă. Semnele care privesc rinichiul sînt prezenţa de sînge şi de proteine în urină (hematuria şi proteinuria). Mai rar, apar leziuni ale pielii, mucoaselor şi ochilor.

◆ **Investigaţii**

Examinarea probelor de ţesuturi lezate arată prezenţa unor anticorpi anormali, ANCA (anticorpi anti-citoplasmă de polimorfonucleare neutrofile).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Gravitatea acestei boli este legată de posibilitatea evoluţiei spre insuficienţă renală.

◆ **Tratament**

Tratamentele ce pot încetini sau opri evoluţia bolii sînt: corticoizii în doze mari, imunosupresoarele (medicamente care reduc imunitatea organismului) şi plasmafereza (epurarea plasmei sangvine de o serie de anticorpi anormali care participă la întreţinerea bolii). În stadiul de insuficienţă renală este necesară dializa.

GRANULOMUL DENTAR APICAL DESMODONTITĂ APICALĂ CRONICĂ

Inflamaţie care se produce la nivelul rădăcinii unui dinte [A 3] a cărui pulpă este moartă (carie sau ruptură a dintelui). Se traduce prin apariţia unei mici tumori benigne formate din ţesut conjunctiv (ţesut care asigură structura şi forma organelor). Descoperirea se face cel mai frecvent întîmplător pe o radiografie dentară. Cel mult poate apărea o culoare cenuşie a coroanei dentare, o uşoară mobilitate sau o durere vagă la percuţia dintelui. Stomatologul conservă, în general, dintele (extirparea pulpei gangrenate, dezinfectare şi obturare completă). În absenţa tratamentului, evoluţia se poate face spre formarea unui chist rezultat prin moartea ţesuturilor şi numit chist apical.

GRANULOMUL INELAR

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune benignă a pielii, caracterizată prin prezenţa unei inflamaţii care antrenează proliferarea de ţesut conjunctiv (ţesut care asigură structura şi forma organelor) şi de numeroase vase sangvine mici. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Este frecvent la copil şi la adultul tînăr. Diabeticii sînt afectaţi mai frecvent.

◆ **Semne şi simptome**

Leziunea tipică este apariţia la nivelul pielii a unor mici proeminenţe (papule) sau noduli, de culoare roz, grupate sub forma unui inel care se extinde progresiv şi al cărui centru este format din piele normală sau uşor deprimată. Leziunea poate fi unică sau multiplă (în special la diabetici). Localizările preferenţiale sînt mîinile, coatele şi genunchii.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea unui fragment de ţesut pentru analizarea la microscop (biopsia) poate confirma diagnosticul în caz de dubiu.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Regresia spontană este obişnuită.

◆ **Tratament**

Aplicarea de corticoizi sub formă de cremă sau de pomadă sau aplicarea locală de temperaturi scăzute (crioterapia, efectuată de dermatolog) pot grăbi dispariţia leziunilor.

GRIPA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă acută extrem de contagioasă, produsă de un virus din familia *Myxovirus*, al cărui caracteristici sînt foarte variabile de la un an la altul. Transmiterea se face de la o persoană la alta prin intermediul micilor picături de

salivă aflate în suspensie în aerul respirat. Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 1–4 zile.

◆ **Frecvenţă**

Se declanşează sub formă de epidemii anuale, cu un cost individual şi socioeconomic ridicat, precum şi cu o mortalitate care nu poate fi neglijată, mai ales la persoanele vîrstnice, cu afecţiuni cronice cardiace sau pulmonare, în special bronşită cronică. La fiecare 15–20 ani apare o epidemie mai gravă care se poate întinde la un întreg continent şi chiar la întreaga planetă, cea mai celebră fiind „gripa spaniolă" din 1919 care a înregistrat mai mulţi morţi decît Primul Război Mondial.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este brusc, cu febră ridicată, stare de epuizare (astenie) şi dureri variate (dureri de cap, dureri musculare). Sînt posibile, de asemenea, semne de iritaţie a nasului şi gîtului precum şi afectarea bronhiilor şi a plămînilor: scurgere de secreţii nazale, tuse, expectoraţii etc.

◆ **Investigaţii**

Identificarea virusului nu este utilă pentru diagnostic decît în formele grave. Bilanţul sangvin arată o scădere a numărului de globule albe ca şi în alte infecţii virale.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este favorabilă în 2–4 zile la persoanele iniţial sănătoase, dar o stare de oboseală persistă pentru o perioadă mai lungă. Principala complicaţie este suprainfectarea cu bacterii, care necesită tratament antibiotic. Formele grave sau maligne, precum cele din „gripa spaniolă", se traduc printr-o insuficienţă respiratorie acută.

◆ **Tratament**

Presupune repaus, izolare (pentru a evita contaminarea altor persoane), administrarea de medicamente împotriva durerii şi a febrei (analgezice şi antipiretice).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia se bazează în special pe vaccinare, în special a populaţiei vîrstnice. Noi medicamente antivirale sînt propuse de laboratoarele farmaceutice atît pentru profilaxie cît şi pentru tratament, dar eficienţa acestora rămîne să fie dovedită.

GUILLAIN-BARRÉ (SINDROMUL) SAU POLIRADICULONEVRITA ACUTĂ INFLAMATORIE

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune neurologică manifestată prin inflamaţia şi pierderea tecii de mielină ce înveleşte neuronii şi permite propagarea rapidă a influxului nervos. Cauza rămîne necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune relativ rară care afectează atît bărbaţii cît şi femeile şi poate apărea la orice vîrstă.

◆ **Semne şi simptome**

Boala se instalează progresiv într-o perioadă de aproximativ o lună, cu o paralizie care afectează iniţial picioarele, apoi urcă spre mîini şi poate atinge faţa şi diferiţii nervi cranieni care comandă muşchii feţei, ochii, vorbirea şi deglutiţia. Aceasta poate fi precedată sau însoţită de tulburări senzitive: furnicături, dureri musculare etc.

◆ **Investigaţii**

Puncţia lombară evidenţiază anomalii tipice: creşterea concentraţiei proteinelor şi absenţa celulelor, aspect numit disociaţie albuminocitologică. Electromiograma (înregistrarea activităţii electrice nervoase la nivelul muşchilor) arată o scăderea a vitezelor de conducere nervoasă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Paralizia muşchilor respiratori şi tulburările de deglutiţie sînt principalele complicaţii: apariţia lor necesită îngrijirea într-un serviciu de terapie intensivă. Evoluţia se face spontan spre regresie în cîteva săptămîni, dar unii pacienţi pot rămîne cu sechele.

◆ **Tratament**

Se limitează în principal la tratarea simptomelor: respiraţie artificială şi alimentare pe sondă în caz de necesitate. Se

utilizează, de asemenea, plasmafereza, care vizează înlocuirea plasmei sangvine pentru a elimina eventuali factori din sînge care s-ar afla la originea bolii.

DE LUP SAU (VEZI)
TOSCHISIS

SIMPLĂ

Definiţie şi cauze

Mărire difuză de volum a tiroidei [A 10-2)], determinată cel mai frecvent de o carenţă de iod, de un factor ereditar sau de anumite medicamente. Guşa poate fi prezentă şi în anumite afecţiuni tiroidiene, dar în acest caz predomină alte semne şi nu mai este vorba despre o guşă simplă.

Frecvenţă

Este mai frecventă la persoanele tinere, cu o predominanţă netă la sexul feminin. Anumite perioade sînt predispozante: pubertate, sarcină, menopauză.

Semne şi simptome

De cele mai multe ori afecţiunea nu produce nici un semn şi nu se manifestă decît printr-o tumefacţie la nivelul gîtului.

Investigaţii

Dozarea hormonilor tiroidieni este de cele mai multe ori normală. Ecografia evaluează dimensiunile glandei şi evidenţiază noduli care sînt uneori puncţionaţi cu ajutorul unui ac pentru a examina celulele la microscop. Evaluarea funcţiei glandei poate necesita o scintigrafie (injectarea unei substanţe radioactive care se fixează în tiroidă).

Evoluţie şi complicaţii

Guşa are tendinţă la creştere cu apariţia de noduli. Poate produce compresie asupra altor structuri de la nivelul gîtului (determinînd tulburări respiratorii, digestive sau de vorbire) sau poate antrena o exagerare a funcţiei tiroidiene (hipertiroidie).

Tratament

Dacă este stabilă şi de mici dimensiuni, nu este necesar nici un tratament. În celelalte cazuri tratamentul este variabil în funcţie de cauză: aport de iod în caz de carenţă, administrarea de hormoni tiroidieni în caz de deficit de producere a acestora şi intervenţie chirurgicală pentru îndepărtarea totală sau parţială a glandei în caz de afecţiune tiroidiană.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Utilizarea sării iodate a făcut să dispară guşa prin carenţă de iod prezentă în anumite regiuni din Franţa în care solul (şi deci hrana) conţine prea puţin iod (Alpi şi Masivul Central), dar aceasta rămîne prezentă în numeroase regiuni ale lumii, afectînd cîteva sute de milioane de oameni.

GUTA

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune care rezultă din eliminarea inadecvată a acidului uric, ceea ce duce la depunerea de urat de sodiu în ţesuturi, determinînd apariţia unor tulburări la nivelul articulaţiilor şi al rinichilor. Creşterea acidului uric în sînge (hiperuricemia) poate fi primitivă, adică fără o cauză cunoscută, avînd predispoziţie genetică, sau secundară, adică asociată cu anumite boli (leucemii, insuficienţă renală cronică etc.) sau cu administrarea anumitor medicamente.

◆ **Frecvenţă**

Forma primitivă este cea mai frecventă; ea afectează în principal bărbaţii, începînd din jurul vîrstei de 50 ani, în special obezi sau care comit excese alimentare.

◆ **Semne şi simptome**

Criza de gută se manifestă printr-o durere brutală localizată la baza degetului mare de la picior, foarte intensă, permanentă, apărînd în timpul nopţii, accentuată de cea mai mică atingere şi de orice tentativă de mobilizare. Articulaţia este roşie, caldă şi tumefiată. Zonele cel mai frecvent afectate sînt, în ordine: degetele de la picioare (joncţiunea dintre degete şi picior = articulaţia metatarsofalangiană [A1]), genunchii, labele picioarelor, gleznele, mîinile şi coatele.

Investigaţii

Lichidul prelevat prin puncţie articulară conţine cristale de urat de sodiu. Bilanţul

sangvin arată o creştere a nivelului de acid uric.

◆ Evoluţie şi complicaţii

Crizele recidivează în mod regulat. Principala complicaţie este formarea de calculi urinari, aflaţi la originea colicilor. În absenţa tratamentului – sau în caz de tratament incorect condus – apar tofi gutoşi (depozite de acid uric sub piele, sensibile la palpare, situate la nivelul articulaţiilor, precum şi pe tendonul lui Ahile şi pe urechi) şi o afectare renală prin acelaşi mecanism, putînd evolua spre insuficienţă renală.

◆ Tratament

Criza de gută se tratează foarte eficient cu colchicină, ceea ce constituie chiar un test de confirmare a diagnosticului. Este de asemenea necesar un tratament continuu cu medicamente care scad concentraţia de acid uric din sînge, numite hipouric
miante; acestea accelerează eliminar
acidului uric, ca de exemplu benzbrom
rona, sau împiedică sinteza acestuia, c
de exemplu alopurinolul.

◆ Prevenţie şi educaţie

Prevenirea acceselor se obţine prin m
suri dietetice: scăderea sau chiar supr
marea consumului de alcool, excluder
din dietă a alimentelor bogate în purin
din care se formează acidul uric (organ
sardele, heringi etc.), limitarea consum
lui de grăsimi (ouă, mezeluri, lapte
produse lactate), regim hipocaloric în ca
de exces ponderal. Este indicat consum
de apă de Vichy (1/2 litru pe zi
deoarece limitează formarea de calcu
urinari pe bază de urat de sodiu, datorit
caracterului ei alcalin.



HALLUX VALGUS

Definiţie şi cauze

Deformaţie a piciorului caracterizată printr-o deviaţie a degetului mare către celelalte degete. Rezultă o proeminenţă a articulaţiei dintre prima falangă a degetului mare şi restul piciorului (articulaţia metatarsofalangiană [A 1]). Principalii factori favorizanţi sînt purtarea de încălţăminte cu toc înalt, o predispoziţie familială sau alte afecţiuni osoase ale piciorului.

Frecvenţă

Afecţiune foarte frecventă atingînd în special femeile.

Semne şi simptome

Proeminenţa osoasă iritată se află la originea durerilor şi a unei inflamaţii a ţesuturilor care înconjoară articulaţia, cu formarea unei „bătături" (higrom „mont"), care uneori se poate ulcera (formarea unei răni care nu se vindecă).

Investigaţii

Bilanţul radiologic confirmă diagnosticul şi evaluează deformările şi starea articulaţiei.

Evoluţie şi complicaţii

În absenţa tratamentului, evoluţia se face în general spre o agravare invalidantă pentru purtarea de încălţăminte şi pentru mers.

Tratament şi prevenţie

Tratamentul utilizează în primul rînd purtarea de încălţăminte lejeră, cu tocuri de 2–3 cm atît pentru bărbaţi cît şi pentru femei. Îngrijirile de pedichiură sînt recomandate pentru încetinirea evoluţiei şi menţinerea în bună stare a pielii piciorului. Tratamentul chirurgical este simplu şi dă rezultate bune, dar decizia de a-l aplica necesită o discuţie cu pacientul, întrucît este necesară o perioadă relativ lungă înainte de a putea relua mersul normal.

HAMARTOMUL SEBACEU

Tumoră benignă a pielii, prezentă adesea de la naştere (congenitală), localizată la nivelul pielii păroase sau al feţei. În copilărie apare ca o arie de piele lipsită de păr (alopecie) de formă ovală, de culoare roz, uşor supradenivelată, cu dimensiuni de 2–5 cm în axul lung. Începînd de la pubertate, suprafaţa devine adesea neregulată, apărînd ca nişte mameloane sau veruci. La vîrsta adultă poate fi indicată ablaţia chirurgicală în caz de modificare a aspectului, din cauza riscului de transformare în cancer.

HAMARTOMUL VERUCOS

Tumoră benignă a pielii care apare în copilărie. Leziunile nu afectează decît o parte a corpului şi formează plăci sau benzi cenuşii, asemănătoare unor veruci, frecvent situate pe membre. Este greu de tratat, deoarece chiar şi în cazul ablaţiei chirurgicale survine o recidivă. Totuşi, acest tip de tumoră nu se transformă niciodată în cancer.

HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN (SINDROMUL)

Formă particulară de histiocitoză X (boală caracterizată prin proliferarea celulelor Langerhans, care sînt celule derivate din globulele albe), de origine necunoscută, care debutează adesea la copilul mic, dar poate apărea şi la adult. Predomină atingerile osoase şi pulmonare, dar pot fi afectate şi alte organe. Pot exista şi tulburări renale (incapacitatea de concentrare a urinei = diabet insipid) şi afectare oculară (glob ocular

ieşind din orbită = exoftalmie). Leziunile osoase pot fi tratate chirurgical, celelalte leziuni necesită tratament medical cu administrarea de corticoizi sau, în caz de eşec, de citostatice.

HANSEN (BOALA) SAU (VEZI) LEPRA

HELLP (SINDROMUL)

Complicaţie gravă a eclampsiei, afecţiune care apare spre sfîrşitul sarcinii şi se manifestă prin hipertensiune arterială, edeme şi convulsii. Sindromul HELLP asociază o distrugere a globulelor roşii (hemoliza, în engleză Hemolysis), o creştere a enzimelor hepatice (Elevated Liver enzymes) şi o scădere a numărului de plachete sangvine (Low Platelets). În această situaţie se impune declanşarea imediată a naşterii, deoarece viaţa mamei şi a copilului sînt în pericol. După naştere totul revine, în general, la normal.

HEMATOMUL EXTRADURAL

◆ **Definiţie şi cauze**

Hemoragie cerebrală care se traduce prin formarea unui hematom între meninge şi os, de fapt între foiţa numită dura mater şi os. Consecinţa este o compresie asupra creierului. Este vorba de cele mai multe ori despre o complicaţie a unui traumatism cranian, în general de severitate redusă.

◆ **Frecvenţă**

Hematomul extradural apare în 1–3% din traumatismele craniene, în special la copil şi la adultul pînă la o vîrstă medie.

◆ **Semne şi simptome**

Apare adesea o scurtă pierdere a stării de conştienţă iniţială după traumatismul cranian, urmată de o perioadă de cîteva ore lipsită de semne particulare şi numită interval liber. Ulterior apar dureri de cap însoţite de tulburări de conştienţă (somnolenţă, dificultatea de a răspunde la întrebări etc.). După aceea se poate instala coma, cu semne de paralizie de o parte a corpului şi dilatarea pupilei (midriază secundară hematomului care produce o compresie a nervului optic) de partea opusă.

◆ **Investigaţii**

Tomografia computerizată, efectuată în urgenţă, permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În absenţa tratamentului, coma se agravează şi moartea survine rapid. Dacă tratamentul este precoce, prognosticul este bun, de cele mai multe ori fără sechele.

◆ **Tratament**

Tratamentul, efectuat de către neurochirurg, este relativ simplu; constă în realizarea unui orificiu în craniu (trepanaţie) pentru evacuarea hematomului.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Supravegherea sistematică a pacienţilor cu traumatisme craniene, în special în caz de pierdere iniţială de conştienţă, cu efectuarea, la cel mai mic dubiu, a unei tomografii computerizate – radiografiile de craniu nu mai prezintă nici un interes – permite diagnosticul şi tratamentul precoce. Părinţii trebuie să ducă de urgenţă copilul la spital la apariţia celei mai mici tulburări, în orele care urmează unui traumatism cranian care putea să pară iniţial lipsit de gravitate.

HEMATOMUL RETROPLACENTAR

◆ **Definiţie şi cauze**

Hemoragie cu formarea unui hematom între placentă şi peretele uterin, în cursul ultimului trimestru de sarcină. De cele mai multe ori este consecinţa unei hipertensiuni arteriale sau a uneia dintre complicaţiile acesteia spre sfîrşitul sarcinii (toxemie gravidică). Cauza poate fi, de asemenea, un traumatism. Principalii factori de risc sînt vîrsta înaintată a mamei, sarcinile multiple, diabetul, fumatul, consumul de droguri (cocaină).

◆ **Frecvenţă**

Complică 0,25% din sarcini.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o durere abdominală brutală la nivelul uterului, însoţită de sîngerări

capricioase. La palpare uterul este dur, dureros şi mărit de volum. Pot apărea o stare de rău general şi o scădere a tensiunii arteriale.

Investigaţii

Diagnosticul este suspectat în faţa simptomelor tipice, iar ecografia permite confirmarea acestuia.

Evoluţie şi complicaţii

Reprezintă o afecţiune gravă, care poate pune în pericol viaţa fătului şi a mamei în cazul sîngerărilor abundente, ce antrenează şi tulburări de coagulare a sîngelui (coagulare intravasculară diseminată).

Tratament

Dacă hemoragia este redusă cantitativ, bătăile cordului fetal sînt normale, iar termenul naşterii este îndepărtat, se recomandă repausul la pat. Dacă hemoragia se repetă sau se agravează, este indicată naşterea, în general prin cezariană.

HEMATOMUL SUBDURAL ACUT

Definiţie şi cauze

Hemoragie cu formarea unui hematom între meninge şi creier, de fapt sub foiţa numită dura mater. Consecinţa este o compresie asupra creierului. Principala cauză o reprezintă traumatismele, adesea de severitate redusă (în special la sugar), uneori mai violente (accident rutier), însoţite în acest caz şi de alte leziuni ale creierului.

Frecvenţă

Hematomul subdural se întîlneşte în special la copii (mai ales la copiii bătuţi), la accidentaţii grav şi la persoanele vîrstnice.

Semne şi simptome

În majoritatea cazurilor, semnele se dezvoltă rapid în minutele care urmează accidentului. Principalele simptome sînt: tulburările de conştienţă care pot ajunge pînă la comă, uneori paralizia (hemiplegie), convulsiile şi dilatarea unei pupile (midriază provocată de hematomul care antrenează o compresie a nervului optic).

Investigaţii

Tomografia computerizată efectuată în urgenţă permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este variabilă. Se poate face cu agravare rapidă spre deces, în special în traumatismele grave, în care există importante leziuni asociate ale creierului. În celelalte cazuri este posibilă trecerea la forma cronică.

◆ **Tratament**

Micile hematoame care nu dau semne clinice necesită doar supraveghere. În celelalte cazuri este necesară de cele mai multe ori evacuarea hematomului de către neurochirurg (puncţie la sugar, trepanaţie la vîrste mai avansate).

HEMATOMUL SUBDURAL CRONIC

◆ **Definiţie şi cauze**

Hemoragie cu un hematom care se formează lent între meninge şi creier, de fapt sub foiţa numită dura mater. Cauza este adesea un traumatism, dar acesta poate fi vechi şi/sau absolut banal (lovirea cu capul într-o uşă), putînd fi uitat. Adesea sînt prezenţi factori predispozanţi: vîrstă avansată, alcoolism cronic, tratament anticoagulant, copii bătuţi sau maltrataţi.

◆ **Frecvenţă**

Frecvent la persoanele vîrstnice, la care primele semne trec adesea neobservate ori sînt puse pe seama unei demenţe incipiente sau în curs de agravare.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele sînt adesea puţin caracteristice şi înşelătoare: dureri de cap fluctuante, alterare progresivă a stării de conştienţă şi/sau a capacităţilor neuropsihice ale pacientului: somnolenţă şi lentoare, tulburări de atenţie, de mers, de vorbire etc.

◆ **Investigaţii**

Tomografia computerizată permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Agravarea bruscă, cu trecerea la o formă acută este oricînd posibilă şi poate duce la deces în lipsa tratamentului. Intervenţia chirurgicală, chiar la pacienţii cu vîrstă

foarte înaintată, permite frecvent vindecarea fără sechele.

◆ **Tratament**

Evacuarea hematomului este efectuată de către neurochirurg prin realizarea unui orificiu în craniu (trepanaţie).

◆ **Prevenţie**

Efectuarea unei tomografii computerizate la cel mai mic dubiu la persoanele vîrstnice care prezintă tulburări neurologice apărute recent şi fără cauză evidentă permite detectarea precoce a hematoamelor subdurale cronice şi tratarea acestora.

HEMOCROMATOZA PRIMITIVĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune ereditară caracterizată printr-o supraîncărcare cronică a organismului cu fier, care se fixează în diferitele ţesuturi. Transmiterea este numită recesivă, adică ambii părinţi (la care boala nu se manifestă) trebuie să transmită gena defectă pentru ca maladia să apară la copil.

◆ **Frecvenţă**

Această anomalie afectează 5 persoane din 1 000.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele apar în general în a doua parte a vieţii. Semnele clasice sînt afectarea ficatului (ciroza hepatică), a pielii (culoare închisă brun-cenuşie), a articulaţiilor (dureri difuze ale articulaţiilor mîinii) precum şi diabetul şi alte tulburări hormonale (menopauză precoce la femeie, impotenţă la bărbat).

◆ **Investigaţii**

Concentraţia fierului şi a proteinei care îl transportă în sînge (feritina, coeficientul de saturaţie al siderofilinei) este crescută. Prelevarea unui fragment de ficat pentru examinarea la microscop (biopsia) este indispensabilă pentru confirmarea şi cuantificarea supraîncărcării în fier.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Cele două complicaţii principale sînt cancerul hepatic şi afectarea inimii (insuficienţă cardiacă, tulburări de ritm), care în absenţa tratamentului pot determina o mortalitate deloc neglijabilă. Iniţierea precoce a tratamentului normalizează speranţa de viaţă a bolnavului.

◆ **Tratament**

Tratamentul constă în principal din sîngerări. În unele cazuri poate fi utilizat un medicament care fixează fierul şi permite eliminarea acestuia prin bilă sau urină, deferoxamina (Desferal®). Se recomandă evitarea consumului de alcool, dar nu se recomandă un regim alimentar sărac în fier (care este un regim dezechilibrat).

HEMOCROMATOZA SECUNDARĂ

Supraîncărcare cu fier a organismului, determinată în principal de o afecţiune hepatică secundară alcoolismului şi de afecţiuni care necesită transfuzii repetate (talasemie, drepanocitoză etc.).

HEMOFILIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune ereditară caracterizată printr-o anomalie a coagulării sîngelui, legată de deficitul de anumiţi factori care se găsesc în sînge şi asigură funcţia normală a acestuia. Se disting hemofilia A (80% din cazuri) determinată de un deficit de factor VIII şi hemofilia B (20% din cazuri) determinată de un deficit de factor IX. Transmiterea bolii este numită recesivă legată de cromozomul X, adică gena defectă este situată pe cromozomul X. Deci numai băieţii, care au un singur cromozom X, dezvoltă boala, în timp ce fetele, care au doi, nu fac decît să o transmită.

◆ **Frecvenţă**

Un băiat din 5 000 se naşte cu hemofilie A şi unul din 30 000 cu hemofilie B.

◆ **Semne şi simptome**

Gravitatea bolii este variabilă în funcţie de gravitatea deficitului. Cînd nivelul factorului implicat depăşeşte 5%, hemoragiile nu pun probleme decît în cazul intervenţiilor chirurgicale sau al extracţiilor dentare. Între 2 şi 5%, hemoragiile survin în caz de traumatisme. Numai sub 1% hemoragiile se produc spontan

în întregul organism: hematoame sub piele sau în muşchi, sîngerări în articulaţii (hemartroze), apariţia de sînge în urină (hematurie).

Investigaţii

Diagnosticul se face prin dozarea factorilor VIII şi IX în sînge.

Evoluţie şi complicaţii

Riscul permanent de hemoragii grave condiţionează prognosticul. Un tratament bine condus permite limitarea la maximum a acestora. Numeroşi bolnavi de hemofilie au fost contaminaţi cu virusuri (HIV, hepatite B şi C), înainte de instituirea măsurilor eficiente de protecţie şi ulterior de producerea prin inginerie genetică a anumitor factori. Apariţia, la unii bolnavi, de anticorpi împotriva factorilor VIII şi IX poate complica tratamentul: în acest caz, sistemul de apărare al organismului distruge factorii injectaţi, întrucît îi consideră substanţe străine agresive.

Tratament

Utilizează administrarea de factor VIII sau IX pe cale intravenoasă în caz de necesitate. În unele forme de hemofilie A se utilizează un medicament, desmopresina (Minirin®, Adiuretin®), a cărui injectare permite evitarea sau amînarea administrării de factor VIII.

Prevenţie şi educaţie

Orice hemofilic trebuie să poarte la el un cartonaş care să indice conduita de urmat în caz de accident (împreună cu datele centrului de referinţă). Educarea pacienţilor hemofilici în scopul evitării traumatismelor, al autotratamentului şi al autoprevenţiei este indispensabil. Este posibil diagnosticul prenatal prin prelevarea unui eşantion de la nivelul placentei sau a unei probe de sînge din cordonul ombilical.

HEMOPTIZIA

Definiţie şi cauze

Eliminarea pe gură de sînge care provine din ruptura unui vas de la nivelul bronhiilor sau al plămînilor. Cauzele cele mai frecvente sînt pulmonare: infecţii bronşice sau pulmonare (mai ales la persoanele cu bronşită cronică), cancer, tuberculoză, embolie pulmonară. Traumatismele toracice pot reprezenta, de asemenea, o cauză.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune destul de frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Apar expectoraţii cu sînge, care trebuie deosebite de o hematemeză (vărsătură cu sînge provenind din tubul digestiv) sau de o sîngerare provenită din nas sau din gît.

◆ **Investigaţii**

Starea plămînilor se evaluează printr-o radiografie sau chiar printr-o tomografie computerizată de torace. Bilanţul este completat de o bronhoscopie (introducerea pe gură a unui tub prevăzut cu un sistem optic), care permite reperarea zonei care sîngerează.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În caz de hemoragie abundentă există riscul de asfixiere prin inundarea alveolelor pulmonare cu sînge; este, de asemenea, posibilă scăderea tensiunii arteriale.

◆ **Tratament**

În urgenţă, o serie de medicamente care reduc calibrul vaselor, numite vasoconstrictoare, pot diminua sîngerarea (de ex. lisopresina, terlipresina [Remestyp®]). În caz de eşec, vasul care sîngerează poate fi obturat cu un „dop" trimis cu ajutorul unui cateter introdus pînă în arterele bronhiilor (embolizare). În anumite cazuri, din fericire excepţionale, se impune o intervenţie chirurgicală.

◆ **Prevenţie**

Orice expectoraţie cu sînge trebuie să determine prezentarea la medic, deoarece poate reprezenta primul semn de alarmă al unei boli grave, de exemplu al unui cancer.

HEMORAGIA BENCKISER

◆ **Definiţie şi cauze**

Reprezintă un accident grav care se produce în timpul naşterii, antrenînd o hemoragie a fătului. Cauza este o anomalie a vaselor ombilicale, care se rup în momentul ruperii membranelor, de care sînt în mod anormal lipite.

◆ **Frecvenţă**

Complică o sarcină din 3–5 000.

◆ **Semne şi simptome**
Se manifestă printr-o sîngerare nedureroasă în momentul ruperii membranelor, fără modificarea stării mamei, dar cu o suferinţă imediată a fătului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Riscul pentru făt este major, cu o mortalitate foarte ridicată.

◆ **Tratament**
Singura soluţie este extragerea cît mai rapidă a fătului prin cezariană.

HEMORAGIA DIGESTIVĂ INFERIOARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Hemoragie a cărei origine se situează la nivelul intestinului subţire, al colonului sau al rectului. Principalele cauze sînt: hemoroizii, leziunile rectului (legate, spre exemplu, de utilizarea frecventă a termometrului) şi mai ales tumorile.

◆ **Frecvenţă**
Este o problemă relativ frecventă, care reprezintă una dintre principalele urgenţe digestive.

◆ **Semne şi simptome**
Se produce eliminarea prin anus de sînge roşu, uneori negru dacă originea hemoragiei este situată sus în intestin şi dacă sîngele este parţial digerat (melenă). În funcţie de mărimea hemoragiei, pot apărea semne de anemie: paloare, accelerarea pulsului, scăderea tensiunii arteriale, stare de rău general sau şoc. Uneori abdomenul poate fi dureros şi se poate contracta la palpare.

◆ **Investigaţii**
Identificarea cauzei utilizează tuburi prevăzute cu sisteme optice introduse prin anus (anuscopie, colonoscopie), care pot fi utilizate în unele cazuri şi pentru tratament. În caz de eşec, se efectuează o arteriografie, care permite vizualizarea arterelor pe radiografii prin injectarea în sînge a unei substanţe opace. În cazul sîngerărilor mici se poate utiliza scintigrafia cu hematii marcate, care constă în injectarea de globule roşii marcate radioactiv în sîngele pacientului; acestea trec apoi în tubul digestiv şi pot fi puse în evidenţă cu un aparat care măsoară radioactivitatea din organism, numit cameră gamma.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
De cele mai multe ori hemoragia nu este prea severă şi permite efectuarea investigaţiilor. În caz de hemoragie abundentă, se poate instala o anemie severă cu şoc.

◆ **Tratament**
Prima măsură are ca obiectiv compensarea hemoragiei, prin perfuzarea de substanţe care înlocuiesc sîngele pierdut şi prin transfuzii. În funcţie de cauză, tratamentul poate fi realizat în timpul endoscopiei (electrocoagularea micilor leziuni sau tumori), sau se poate utiliza arteriografia, cu plasarea în artera care sîngerează a unui fel de „dop" (embolizare); în alte cazuri, e necesară intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea porţiunii de intestin responsabile de hemoragie.

◆ **Prevenţie**
Prevenţia este în principal cea a cancerului de colon. Este vorba în special de ablaţia polipilor prezenţi în colon sau în rect, mai ales în caz de antecedente familiale de cancer de acest tip.

HEMORAGIA DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Hemoragie digestivă a cărei origine se situează la nivelul esofagului, al stomacului sau al duodenului (prima porţiune a intestinului, situată imediat după stomac). Principalele cauze sînt varicele esofagiene legate de o afecţiune hepatică (ciroză), ulcerele gastrice determinate adesea de unele medicamente (în special antiinflamatorie) şi tumorile.

◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune relativ frecventă, care reprezintă una dintre principalele urgenţe digestive.

◆ **Semne şi simptome**
Hemoragia se manifestă în majoritatea cazurilor prin vărsături cu sînge (hematemeză) sau prin eliminarea de sînge negru (melenă) sau roşu (rectoragie) prin anus. Mai rar, hemoragia rămîne internă

şi nu se traduce decît indirect prin semne de anemie: paloare, accelerarea pulsului, scăderea tensiunii arteriale, stare de rău general sau stare de şoc.

Investigaţii

Endoscopia efectuată după o spălătură gastrică permite, prin introducerea unui tub prevăzut cu un sistem optic, identificarea cauzei hemoragiei şi uneori tratarea acesteia. Ea poate fi completată uneori de arteriografie (injectarea în sînge a unei substanţe de contrast care face vasele vizibile pe radiografii) în caz de eşec al endoscopiei şi persistenţa hemoragiei.

Evoluţie şi complicaţii

Principalul risc este cel al unei hemoragii masive, care poate fi mortală în lipsa tratamentului rapid.

Tratament

Prima măsură are ca obiectiv compensarea hemoragiei prin perfuzarea de substanţe care înlocuiesc sîngele şi prin transfuzii. Se încearcă oprirea sîngerării. În cazul varicelor esofagiene se pot utiliza medicamente care reduc dimensiunile varicelor (terlipresina [Remestyp®]) sau somatostatina) sau comprimarea lor cu ajutorul unei sonde introduse în esofag; uneori se încearcă eliminarea acestora (scleroză sau ligatură) în timpul endoscopiei. În celelalte cazuri, mai ales în caz de hemoragie masivă, trebuie luată în calcul o intervenţie chirurgicală sau obturarea arterei cu un „dop“ plasat cu ajutorul unui cateter introdus în arteră (embolizare).

Prevenţie

Respectarea precauţiilor şi a contraindicaţiilor în cazul prescrierii de antiinflamatorii este esenţială. În caz de ciroză hepatică, anumite medicamente (din familia betablocantelor utilizate şi în tratamentul hipertensiunii arteriale) previn ruptura varicelor esofagiene.

[illegible]MORAGIA ME[illegible] [illegible]RAUMATI[illegible]

Definiţie şi cauze

Sîngerare spontană în meninge, înveliş care acoperă şi protejează creierul. În majoritatea cazurilor este vorba despre ruptura unui vas sangvin anormal (anevrism), malformaţie prezentă de la naştere. Hipertensiunea arterială este un factor favorizant.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă 6–8% din totalul accidentelor vasculare cerebrale. Este rară înaintea vîrstei de 15 ani, iar numărul de cazuri creşte cu vîrsta.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul este brusc, uneori în urma unui efort, cu dureri de cap intense, continue, neobişnuite, vărsături, tulburări de conştienţă şi agitaţie. În cazurile cele mai grave pot apărea mai mult sau mai puţin rapid paralizia unei jumătăţi a corpului, pierderea vorbirii şi chiar coma.

◆ **Investigaţii**

Tomografia computerizată cerebrală detectează prezenţa de sînge şi evaluează importanţa hemoragiei. Dacă rezultatul este negativ şi în absenţa contraindicaţiilor, se recomandă puncţia lombară care arată un lichid roz sau roşu. Arteriografia permite detectarea anevrismului prin injectarea în artere a unei substanţe opace care le face vizibile pe radiografii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este un accident grav, care poate evolua favorabil în cazul aplicării rapide a tratamentului unei eventuale malformaţii vasculare. În anumite cazuri, însă, se poate produce o agravare brutală cu evoluţie spre moarte cerebrală. Sînt posibile, de asemenea, sechele neurologice de tipul paraliziilor.

◆ **Tratament**

Reprezintă o urgenţă care necesită internarea cît mai rapidă într-un serviciu de neurochirurgie. Într-o primă etapă trebuie controlată tensiunea arterială şi limitată suferinţa cerebrală cu autorul unor medicamente care reglează circulaţia în creier (nimodipină). Dacă este posibil, anevrismul va fi operat (ligatură) sau obturat cu un „dop“ plasat cu ajutorul unui cateter introdus în artera afectată (embolizare).

HEMORAGIA POST-PARTUM

◆ **Definiţie şi cauze**

Pierdere de sînge în urma unei hemoragii uterine anormal de mari, apărută în primele 24 ore după naştere. Zona de uter care sîngerează este cea în care era inserată placenta. În mod normal, după naştere, contracţia uterului opreşte rapid sîngerările obişnuite din timpul naşterii. Cauzele sînt: expulzia incompletă a placentei, un defect de contracţie a uterului (inerţia uterină) sau tulburări ale coagulării sangvine.

◆ **Frecvenţă**

Rămîne o complicaţie gravă a naşterii, care din fericire a devenit excepţională de la introducerea asistării medicale a naşterii, dar care era responsabilă altădată de o mare parte din decesele materne survenite după naştere.

◆ **Semne şi simptome**

Indiferent dacă placenta a fost eliminată sau nu, apare o scurgere de sînge prin vagin, nedureroasă, sau un uter moale şi flasc la a cărui apăsare iese un şuvoi de sînge. Pierderea de sînge antrenează paloare însoţită de senzaţie de leşin, accelerarea pulsului şi scăderea tensiunii arteriale.

◆ **Investigaţii**

Sînt inutile şi nu pot decît să întîrzie tratamentul. Este indicat doar un bilanţ sangvin pentru cuantificarea anemiei şi evaluarea capacităţii de coagulare a sîngelui.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În lipsa tratamentului, decesul este sigur. Principala complicaţie este apariţia unor tulburări de coagulare a sîngelui care împiedică oprirea hemoragiei.

◆ **Tratament**

Primele măsuri constau în desprinderea şi evacuarea placentei, dacă acestea nu se produc de la sine (extracţia manuală a placentei), în verificarea ca nu cumva să rămînă resturi de placentă în uter (controlul manual al cavităţii uterine) şi în injectarea unor medicamente care întăresc contracţiile uterului (de exemplu oxitocină). În caz de eşec se impune tratamentul chirurgical: ligatura sau embolizarea (obturarea cu ajutorul unui „dop" trimis printr-un cateter introdus în arter arterelor care irigă uterul; la femeile m în vîrstă sau ca măsură de salvar scoaterea uterului (histerectomia).

◆ **Prevenţie**

Prevenţia constă în facilitarea expulzi placentei şi în verificarea integrităţii a esteia după eliminare. De altfel, ore care urmează naşterii reprezintă o peri adă critică, necesitînd supravegherea în deaproape pentru a putea interveni fă întîrziere în cazul persistenţei sau apariţiei sîngerărilor.

HEMOROIZII

◆ **Definiţie şi cauze**

Dilataţii ale venelor anusului şi rectulu care seamănă cu nişte varice. Principal factori favorizanţi sînt: ereditate constipaţia şi sarcina. Pot fi vizibi (hemoroizi externi) sau pot rămîne î interiorul anusului (hemoroizi interni).

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă o afecţiune frecventă şi ba nală a adultului.

◆ **Semne şi simptome**

De cele mai multe ori nu dau nici u simptom şi se limitează la prezenţa uno mici mase moi pe circumferinţa anusu lui, care pot fi deprimate cu uşurinţă. S manifestă prin două complicaţii:

1. **Pierderi de sînge** roşu, de obicei dup defecaţie, care pătează hîrtia igienică.
2. **Dureri** care pot deveni insuportabile determinate de inflamare şi/sau stran gularea hemoroizilor, care în acest ca se transformă în mase tari şi albăstrui din cauza formării de cheaguri de sînge (tromboză hemoroidală).

◆ **Investigaţii**

Examenul, proctologic, cu introducerea unui tub în anus (rectoscopie) este necesar pentru a exclude altă boală, în primul rînd un cancer.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o afecţiune cronică şi recidivantă, care poate antrena un disconfort fizic şi un răsunet psihologic important în cazul crizelor repetate.

◆ **Tratament**

Tromboza hemoroidală se tratează cu medicamente împotriva durerii (anal-

(analgezice) şi antiinflamatorii sau printr-o incizie chirurgicală care permite evacuarea cheagului. În afara crizelor, măsurile adecvate sînt prevenirea constipaţiei şi supozitoarele sau pomezile care ameliorează circulaţia venoasă. Hemoroizii pot fi eliminaţi prin injectarea unor substanţe sau ligatura bazei hemoroidului, ambele metode ducînd la sclerozarea venei, adică la oprirea circulaţiei sîngelui şi transformarea ei într-o mică cicatrice. În cazurile cele mai severe, cu hemoroizi foarte mari, este necesar uneori tratamentul chirurgical.

HEPATITA ALCOOLICĂ ACUTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţie şi suferinţă a ţesuturilor ficatului, care complică o intoxicaţie alcoolică acută, adesea masivă. Ea survine pe un ficat deja lezat de alcool, cu acumularea de grăsimi numită steatoză („ficat gras") sau chiar ajuns deja în stadiul de ciroză.

◆ **Frecvenţă**

Frecvenţa sa este direct legată de cea a alcoolismului.

◆ **Semne şi simptome**

Această hepatită poate să nu dea nici un simptom, fiind descoperită cu ocazia unei spitalizări pentru altă complicaţie a alcoolismului. În forma tipică, ea se manifestă prin febră, prezenţa unui ficat crescut în volum (hepatomegalie) şi dureros, asociate cu icter (coloraţie galbenă a pielii).

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine evidenţiază anomalii de funcţionare a ficatului: creşterea enzimelor hepatice (transaminaze, gamma-GT) şi a bilirubinei (pigment din bilă care produce icterul atunci cînd trece în sînge), tulburări de coagulare sangvină (numeroşi factori ai coagulării sînt produşi în ficat), scăderea nivelului de albumină. Prelevarea unui fragment de ficat (biopsia) pentru examinarea la microscop permite confirmarea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii grave, uneori mortale, sînt tulburările de conştienţă (encefalopatia hepatică) provocate de intoxicarea celulelor din creier cu reziduurile metabolice care nu mai sînt eliminate corect de către ficat. Se poate produce, de asemenea, o hemoragie digestivă, întrucît ficatul nu mai lasă să circule corect sîngele care se vine de la tubul digestiv, acesta fiind deviat în venele din jurul esofagului care sînt dilatate şi fragilizate (varice esofagiene). Pe termen lung, prognosticul depinde de întreruperea intoxicaţiei alcoolice.

◆ **Tratament**

Cuprinde întreruperea consumului de alcool, repaus şi administrarea de perfuzii pentru corectarea tulburărilor sangvine. Orice medicament toxic pentru ficat – şi acestea sînt numeroase, ficatul fiind „uzina" care transformă numeroase substanţe din organism – trebuie întrerupt.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Combaterea alcoolismului constituie baza prevenţiei. Întreruperea intoxicaţiei (sevrajul) permite evitarea recidivelor şi obţinerea unei regresiuni a leziunilor hepatice, dacă stadiul de ciroză nu a fost încă atins.

HEPATITA MEDICAMENTOASĂ SAU TOXICĂ ACUTĂ

Inflamaţie acută a ficatului legată de administrarea unui medicament sau a unui toxic, similară hepatitei alcoolice acute. Semnele regresează la întreruperea administrării medicamentului sau a toxicului, dar recuperarea poate fi de lungă durată. În unele cazuri, din fericire excepţionale, evoluţia poate fi foarte rapidă – se vorbeşte atunci de hepatită fulminantă – cu distrugerea completă a ficatului, adesea mortală: în acest caz, singura şansă de a salva pacientul este transplantul hepatic de urgenţă, lucru care din nefericire nu este întotdeauna posibil.

HEPATITA VIRALĂ A

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţia ficatului cu virusul hepatitei A (VHA), transmis prin alimente (moluşte, crudităţi) sau apa de băut contaminată cu materii fecale care conţin virusul. Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 15–45 zile.

◆ **Frecvenţă**

Apare în general în copilărie sau la adultul tînăr. Mici epidemii apar în colectivităţi (creşe, şcoli etc.), iar transmiterea este mai frecventă în timpul călătoriilor.

◆ **Semne şi simptome**

Infecţia acută trece de cele mai multe ori neobservată la copil şi nu se manifestă decît la 2 adulţi din 3. Evoluţia se face în trei faze:

1. Faza care precede apariţia icterului, numită pre-icterică, care durează o săptămîna şi se manifestă asemănător unei gripe.
2. Faza icterică, ce durează două săptămîni, cu oboseală accentuată.
3. Faza de convalescenţă, cu durată de 2–6 săptămîni sau chiar mai mult, cu dispariţia progresivă a simptomelor, dar cu persistenţa mai mult timp a unei stări de oboseală accentuată.

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine permit evaluarea stării de funcţionare a ficatului (creşterea enzimelor hepatice, reflectînd suferinţa celulelor ficatului) şi evidenţierea anticorpilor îndreptaţi împotriva virusului hepatitei A (serodiagnostic).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Boala reprezintă vechea „gălbinare" banală, cunoscută de toată lumea înainte ca ameliorarea condiţiilor de igienă să ducă la scăderea semnificativă a frecvenţei sale în ţările dezvoltate. Ea se vindecă spontan aproape în totalitatea cazurilor. Singura complicaţie, din fericire excepţională (1/10 000 cazuri), este forma numită fulminantă, care distruge complet ficatul şi în care singura speranţă de tratament este transplantul hepatic de urgenţă.

◆ **Tratament**

Se limitează la repaus.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia presupune măsuri de igie (spălarea mîinilor, măsuri de precau privind consumul de crudităţi şi moluşte) şi vaccinarea (pentru călători anumite profesii cu risc).

HEPATITA VIRALĂ B

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţia ficatului cu virusul hepatitei care se transmite pe cale sexuală, pri sînge (între toxicomani prin schimbul seringi; de la mamă la făt în timpul sa cinii; riscul legat de transfuzii est aproape nul în prezent) şi mai rar pri salivă. Gravitatea ei este dată de evoluţi posibilă către o infecţie cronică, cu riscu de transformare în ciroză, apoi în cance Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie este de 30–180 zile.

◆ **Frecvenţă**

300 milioane de oameni din întreaga lum sînt infectaţi de virus, fără a fi neapăra bolnavi (purtători cronici).

◆ **Semne şi simptome**

Majoritatea infecţiilor trec neobservate. Numai 10 pînă la 25% din formele acut se manifestă prin semne care evoluează în trei faze:

1. Faza care precede apariţia icterului, numită pre-icterică, cu durată de o săptămînă şi manifestări asemănătoare unei gripe.
2. Faza icterică, avînd o durată de 2 săptămîni, cu oboseală marcată.
3. Faza de convalescenţă, care durează 2–6 săptămîni sau chiar mai mult, cu dispariţia progresivă a simptomelor, dar cu persistenţa îndelungată a unei stări de oboseală accentuată.

Forma cronică se manifestă fie ca o prelungire a formei acute, fie este descoperită în contextul unei oboseli persistente, al unei uşoare coloraţii galbene a mucoaselor (subicter), al unei scăderi în greutate, al unor dureri articulare sau al apariţiei unor noduli sub piele ([illegible]arterită nodo[illegible]).

◆ **Investigaţii**
Analizele sangvine permit evaluarea stării de funcţionare a ficatului (creşterea enzimelor hepatice, reflectînd suferinţa celulelor ficatului) şi evidenţierea anticorpilor îndreptaţi împotriva virusului hepatitei B (serodiagnostic). În forma cronică, prelevarea unui mic fragment din ficat pentru examinarea la microscop (biopsia) este indicată pentru evaluarea gravităţii bolii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În infecţia acută vindecarea se produce în 90% din cazuri, dar în 10% din cazuri apare trecerea la forma cronică, în care se disting două forme: hepatita cronică persistentă şi hepatita cronică activă. În forma persistentă este necesară o simplă supraveghere şi uneori vindecarea se produce spontan, în timp. Gravitatea hepatitei B constă din faptul că boala cronică activă poate duce la ciroză şi cancer hepatic; după 20–30 ani, aproximativ 10 000 de infecţii vor antrena 45 cancere. Într-un caz din 1 000 apare o formă severă numită fulminantă, care duce la distrugerea rapidă a ficatului.

◆ **Tratament**
În forma simplă este necesar numai repausul. În forma cronică persistentă, singurele măsuri utilizate sînt interzicerea alcoolului şi a medicamentelor care sînt transformate la nivelul ficatului. În hepatita cronică activă, două medicamente, interferonul alfa şi lamivudina permit adesea stabilizarea bolii şi evitarea evoluţiei acesteia spre forme mai grave. În caz de hepatită fulminantă, şi de hepatită cronică în stadiu terminal, transplantul hepatic este indicat şi dă rezultate bune.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Vaccinarea este măsura de protecţie cea mai eficientă şi este astăzi obligatorie pentru toate profesiile cu risc, în special în domeniul sanitar. Pentru populaţia nevaccinată, măsurile utile sînt controlul produselor de sînge transfuzate, folosirea prezervativului, renunţarea la schimbul de seringi între toxicomani şi vaccinarea precoce a copiilor născuţi din mame infectate de virus (controlul pentru hepatită este obligatoriu la 6 luni la femeile însărcinate).

HEPATITA VIRALĂ C

◆ **Definiţie şi cauze**
Infecţia cu virusul hepatitei C (VHC), transmisă în principal pe cale sangvină (transfuzii, hemofilie, toxicomanie, hemodializă). Transmiterea sexuală sau de la mamă la făt este posibilă, dar rară. Gravitatea ei este dată de trecerea la forma cronică, cu riscul de transformare în ciroză şi în cancer. Intervalul dintre contaminare şi apariţia bolii (perioada de incubaţie) este de 30–100 zile.

◆ **Frecvenţă**
Evoluţia cronică a bolii este întîlnită la 4 din 5 persoane infectate cu virusul hepatitei C. Majoritatea au fost infectate prin administrarea de produse de sînge înainte de 1992, data introducerii testării sistematice pentru virusul hepatitei C. Cu metodele actuale de detectare, riscul de contaminare prin aceste produse este excepţional. În ciuda propagandei pentru testarea sistematică a tuturor persoanelor susceptibile de a fi primit transfuzii înainte de această dată (intervenţie chirurgicală, spitalizare în secţie de terapie intensivă, naştere complicată etc.), se estimează că o treime din persoanele infectate nu sînt conştiente nici astăzi de acest fapt şi deci nu pot beneficia de un tratament şi de îngrijiri adecvate.

◆ **Semne şi simptome**
În mai puţin de un caz din 10, infecţia acută se manifestă prin simptome care evoluează în trei faze:

1. Faza care precede apariţia icterului, numită pre-icterică, cu durată de o săptămînă şi manifestări asemănătoare unei gripe.
2. Faza icterică, care durează două săptămîni şi se manifestă prin oboseală marcată.
3. Faza de convalescenţă, care durează 2–6 săptămîni sau chiar mai mult, cu dispariţia progresivă a simptomelor, dar cu persistenţa îndelungată a unei stări de oboseală accentuată.

Forma cronică trece şi ea frecvent neobservată sau se prezintă cu icter, ficat mărit şi oboseală generalizată.

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine permit evaluarea stării de funcţionare a ficatului (creşterea enzimelor hepatice, reflectînd suferinţa celulelor ficatului) şi evidenţierea anticorpilor îndreptaţi împotriva virusului hepatitei C (serodiagnostic). În forma cronică, prelevarea unui mic fragment de ficat pentru examinarea la microscop (biopsia) este indicată pentru a evalua gravitatea afecţiunii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Din 1 000 pacienţi cu infecţie acută, 200 ajung la vindecare completă iar 800 trec în forma cronică. Dintre aceştia din urmă, 160 vor evolua într-un interval de 10–30 ani către ciroză, care la rîndul ei se va transforma la 30 dintre aceştia în cancer în următorii 10 ani. Într-un caz din 1 000 se declanşează o formă numită fulminantă, care duce la distrugerea rapidă a ficatului.

◆ **Tratament**

Relativ recent a fost propus un tratament antiviral (asociere de interferon alfa şi ribavirină) care permite obţinerea unei vindecări, în funcţie de tipul şi rezistenţa virusului, în 50–80% din cazuri; la restul bolnavilor se produce evitarea sau întîrzierea evoluţiei spre ciroză şi cancer. În caz de hepatită fulminantă şi de hepatită cronică în stadiu terminal, este indicat transplantul de ficat, cu rezultate bune.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia se bazează pe testarea sistematică pentru virus şi pe prelucrarea termică a produselor de sînge. Testarea tuturor pacienţilor transfuzaţi înainte de 1992 este necesară pentru a le permite acestora să beneficieze de tratament. Măsurile de precauţie care privesc pacientul în raport cu anturajul său sînt limitate: evitarea folosirii aceloraşi obiecte de toaletă, folosirea prezervativului în anumite circumstanţe (dacă femeia este cea infectată, în timpul menstruaţiei şi în toate cazurile în prezenţa unei infecţii sau a oricărei leziuni a organelor genitale). Pacientul t buie să informeze medicii, stomatolog personalul care acordă îngrijiri medica pentru ca aceştia să poată lua măsur de protecţie adecvate. Din nefericire, există încă vaccin.

HEPATITA VIRALĂ D

Infecţia ficatului cu virusul hepatitei (VHD), transmisă pe cale sangvină s sexuală, care nu se poate dezvolta de în prezenţa virusului hepatitei B (VHB Poate fi vorba despre o infecţie acu concomitentă cu cele două virusuri s de o infecţie care se declanşează la persoană deja afectată de o formă cron că de hepatită B. În al doilea caz, evoluţ spre ciroză este adesea rapidă.

HEPATITA VIRALĂ E

Virusul acestei hepatite a fost desco rit în 1990. Transmiterea se face p apa contaminată cu materii fecale unor persoane infectate. Este preze în Africa şi în Asia, cu apariţia un epidemii periodice. Este o hepati acută benignă, fără formă cronic Dimpotrivă, mortalitatea poate atin 20% la femeile însărcinate. Nu exist nici posibilitatea de diagnostic sangvin nici tratament specific, nici vacci Prevenţia se bazează doar pe măsuri de igienă.

HERMAFRODITISMUL

Afecţiune foarte rară, definită p coexistenţa la naştere, la aceeaşi pe soană, de ţesut care formează în mo normal ovarele şi ţesut care formeaz testiculele. Cauza este o anomalie d dezvoltare a embrionului. Organele geni tale externe sînt ambigue, fiind posibil toate situaţiile intermediare între aspectu (morfotipul) masculin şi cel feminin Analiza cromozomilor (cariotipul) evi denţiază doi cromozomi X în 9 cazu din 10, adică un cariotip feminin. Sexu ales pentru educarea copilului este d cele mai multe ori feminin, iar pentr consolidarea caracterelor existente se in stituie un tratament hormonal, comple tat de cel chirurgical. Cînd diagnosticu

se pune tardiv, se optează în general pentru continuarea educaţiei deja primite.

... CRURALĂ
... MURALĂ

♦ **Definiţie şi cauze**

Ieşirea unei părţi a organelor din abdomen (conţinute într-un înveliş numit peritoneu) prin orificiul situat la nivelul regiunii inghinale, numit orificiu crural, prin care trec nervii şi vasele care coboară spre membrul inferior. Acest orificiu este închis în mod normal de o membrană, care devine mai laxă şi lasă să „coboare" viscerele (în general o bucată de intestin), la început adesea după un efort de tuse sau după ridicarea unei greutăţi mari, apoi în permanenţă.

♦ **Frecvenţă**

Hernia crurală este mult mai rară decît ... inghinală, situată la acelaşi nivel, dar mai spre interiorul coapsei. Femeile sînt mai frecvent afectate (3 cazuri din 4).

♦ **Semne şi simptome**

Apare o umflătură la rădăcina coapsei, spre interior faţă de pulsaţiile arterei femurale. Aceasta este moale, nedureroasă, de cele mai multe ori reductibilă (poate fi împinsă şi reintrodusă cu degetul în abdomen) şi îşi măreşte volumul în timpul tusei. Uneori dimensiunile ei sînt reduse şi poate trece neobservată, mai ales la pacienţii obezi.

Investigaţii

Medicul pune diagnosticul la examenul clinic şi nici o investigaţie nu este necesară în absenţa complicaţiilor.

Evoluţie şi complicaţii

Principala complicaţie este strangularea, care corespunde blocării viscerelor în sacul exterior cu imposibilitatea reintroducerii lor în abdomen. Ea se traduce printr-o durere intensă şi necesită o intervenţie chirurgicală de urgenţă. Într-adevăr, dacă o porţiune de intestin rămîne blocată prea mult timp, există riscul de moarte a ţesuturilor, însoţită de perforaţie.

Tratament

O intervenţie chirurgicală simplă permite consolidarea membranei deficiente. Ea trebuie realizată preventiv, încă de la descoperirea herniei, pentru a evita riscul de strangulare şi complicaţiile unei intervenţii chirurgicale de urgenţă.

♦ **Prevenţie**

Chiar şi după repararea chirurgicală, interzicerea ridicării de greutăţi mari este importantă pentru prevenirea unei recidive sau a apariţiei unei hernii de partea opusă.

HERNIA DE DISC

♦ **Definiţie şi cauze**

Deteriorarea unuia dintre discurile care servesc drept amortizoare între vertebre. Discul este format dintr-un inel alcătuit din fibre care leagă cele două vertebre şi dintr-un nucleu central. Dacă inelul este deteriorat, nucleul poate să alunece şi să iasă spre exterior, comprimînd adesea rădăcina unui nerv, sau spre interior şi să apese pe măduva spinării. Aceste leziuni sînt determinate de solicitarea repetată a coloanei vertebrale (lucrători din construcţii, şoferi etc.) sau brusc, în urma unui efort de ridicare, a căratului unei greutăţi mari sau a unei căderi. În majoritatea cazurilor, afectarea este localizată la nivel lombar, mai rar la nivelul gîtului.

♦ **Frecvenţă**

Foarte frecventă, în special între 20 şi 30 ani.

♦ **Semne şi simptome**

Principalul semn este durerea însoţită de o rigiditate a coloanei lombare, care limitează mersul şi împiedică uneori poziţia şezînd. Comprimarea rădăcinii unui nerv antrenează durere şi furnicături în teritoriul controlat de nervul respectiv: cel mai bun exemplu este sciatica.

♦ **Investigaţii**

Radiografiile de coloană vertebrală pot arăta anomalii, dar explorările cele mai performante pentru vizualizarea discului sînt tomografia computerizată şi examenul IRM.

Evoluţie şi complicaţii

În cazurile cele mai grave, comprimarea nervului sau a măduvei spinării poate antrena tulburări de sensibilitate şi paralizii ale membrelor inferioare, precum şi

tulburări de micțiune sau de defecație care impun o intervenție chirurgicală de urgență.

◆ **Tratament**

Repausul la pat, medicamentele împotriva durerii (analgezicele) și antiinflamatoriile sînt în general suficiente pentru ameliorarea simptomelor în timpul crizei. Este, de asemenea, posibilă utilizarea infiltrațiilor de corticoizi, a unui corset sau a unui guler cervical. În caz de eșec, tehnicile la care se recurge sînt nucleoliza (dizolvarea nucleului prin injectarea unei substanțe chimice) sau o intervenție chirurgicală care permite înlăturarea compresiei.

◆ **Prevenție și educație**

Educarea pacientului are ca obiectiv limitarea solicitărilor asupra coloanei vertebrale, dezvoltarea unor posturi și atitudini ergonomice care permit să se prevină recidiva crizelor acute. Această educație este, prin urmare, foarte utilă.

HERNIA DIAFRAGMATICĂ CONGENITALĂ

◆ **Definiție și cauze**

Malformație din naștere (congenitală) caracterizată prin lipsa de închidere a diafragmului [A 12-2(1)], cel mai frecvent de partea stîngă, cu trecerea în torace a unei părți din organele abdominale, în special a stomacului, care comprimă plămînii și inima.

◆ **Frecvență**

Este o afecțiune nu foarte rară, al cărei diagnostic este posibil înainte de naștere prin ecografie.

◆ **Semne și simptome**

Se poate produce o detresă respiratorie încă de la naștere, dar uneori semnele se instalează cîteva zile mai tîrziu, dacă viscerele nu trec decît progresiv în torace. Auscultarea la naștere a zgomotelor cardiace, pulmonare și ale pătrunderii aerului în stomac după introducerea unei sonde este obligatorie și permite suspectarea unei eventuale anomalii.

◆ **Investigații**

Radiografia toracică permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

Diagnosticul pus înainte de naștere pe mite programarea nașterii într-un cent adecvat, cu serviciu de reanimare neon tală și serviciu de chirurgie compete Este o afecțiune gravă care necesi frecvent trecerea copilului pe respirat artificială încă din sala de nașteri.

◆ **Tratament**

O intervenție chirurgicală rapidă permi închiderea diafragmului.

◆ **Prevenție**

Urmărirea ecografică regulată a sarci permite adesea detectarea precoce malformațiilor celor mai grave, ceea c permite transferarea mamei înainte d naștere într-un spital care dispune d toate competențele necesare.

HERNIA DIAFRAGMATICĂ TRAUMATICĂ

◆ **Definiție și cauze**

Leziune a diafragmului [A 12-2(1)] ca permite trecerea viscerelor abdominal în cutia toracică. Principalele cauze sîn traumatismele violente (accident rutie cădere de la mare înălțime etc.) și plăgi penetrante de la nivelul bazei toracelu sau al porțiunii superioare a abdomenu lui, în special prin lovitură de cuți Hernia stîngă este cea mai frecvent (80%).

◆ **Semne și simptome**

În urma unui traumatism care afectea toracele și abdomenul, rănitul prezint simultan semne abdominale (dureri vărsături) și respiratorii (respirație dificilă, buze vinete, sughiț).

◆ **Investigații**

La auscultație, medicul nu aude zgomotul normal al respirației la nivelul toracelui. Radiografia pulmonară poate arăt prezența unei porțiuni sau a întregulu stomac în partea stîngă a toracelui.

◆ **Evoluție și complicații**

Această leziune poate agrava conditi respiratorie și circulatorie a unui pacien rănit a cărui stare este deja precară Uneori leziunea nu este descoperită decî cu întîrziere, întrucît unele hernii diafragmatice sînt bine tolerate

◆ **Tratament**

O intervenţie chirurgicală permite repararea leziunii.

HERNIA HIATALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Trecerea intermitentă sau permanentă a unei porţiuni din stomac prin orificiul diafragmului prin care trece esofagul [A 1 1/2(1)]. Consecinţa este urcarea (refluxul) secreţiilor acide din stomac în esofag. Nu se cunoaşte cauza exactă, dar este favorizată de obezitate şi de deformările toracelui şi ale coloanei vertebrale.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune frecventă, care afectează aproape un sfert din populaţia peste 60 ani.

◆ **Semne şi simptome**

De cele mai multe ori ea nu produce nici un simptom. Uneori refluxul se traduce prin arsuri care urcă prin spatele sternului pînă la nivelul gurii, cu regurgitarea de lichid acid. Aceste semne sînt favorizate cel mai frecvent de poziţia aplecat înainte sau culcat.

◆ **Investigaţii**

Endoscopia (introducerea pe gură, pînă în esofag, a unui tub prevăzut cu un sistem optic) permite recunoaşterea herniei şi evaluarea stării peretelui esofagian.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prima complicaţie este esofagita (inflamaţia esofagului) prin reflux de suc gastric acid cu risc de ulcer şi hemoragie, apoi de îngustare a esofagului. Strangularea herniei este, de asemenea, posibilă şi se traduce prin dureri şi vărsături după ingestia oricărui aliment sau lichid.

◆ **Tratament**

Tratamentul medical urmăreşte să reducă efectele refluxului acid: medicamente care limitează secreţia acidă a stomacului (antiulceroase, de exemplu ranitidină sau omeprazol), stimulează motilitatea esofagului (de exemplu domperidon [Motilium®, Domstal®]) şi protejează mucoasa esofagului (de exemplu antiacide). În caz de eşec sau în formele cu risc de strangulare este indicat tratamentul chirurgical.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia cuprinde un ansamblu de măsuri şi de reguli de viaţă care vizează limitarea refluxului: slăbirea (în caz de obezitate), evitarea poziţiilor declanşatoare şi a hainelor care comprimă abdomenul, renunţarea la alimentele iritante pentru stomac, mese uşoare seara, torace uşor ridicat în timpul nopţii etc.

HERNIA INGHINALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Trecerea unei părţi din organele conţinute în abdomen (într-un înveliş numit peritoneu) prin orificiul de la nivelul regiunii inghinale numit orificiu inghinal, prin care trec în mod normal, la bărbat, canalele care merg spre scrot iar la femeie, ligamentele care merg spre labii. Membrana care închide acest orificiu este prea laxă, fie din naştere (forma congenitală), fie din cauza îmbătrînirii (forma dobîndită). Ea lasă în acest caz să „coboare“ viscere (în general o porţiune din intestin), la început în urma eforturilor de tuse sau a ridicării de greutăţi mari, ulterior în permanenţă.

◆ **Frecvenţă**

Forma congenitală se întîlneşte la sugar, copil, adolescent sau la adultul tînăr, la care apare în urma unui efort sportiv. Forma dobîndită afectează în special bărbaţii după 50 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o umflătură la rădăcina coapsei, în interior faţă de pulsaţiile arterei femurale. Aceasta este moale, nedureroasă, adesea reductibilă (poate fi împinsă şi reintrodusă cu degetul în abdomen) şi îşi măreşte volumul în timpul tusei.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul este stabilit de medic prin examen clinic; nici o investigaţie nu este necesară în absenţa complicaţiilor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este strangularea, care corespunde blocării viscerelor în sacul exterior, cu imposibilitatea reintroducerii lor în abdomen. Ea se traduce

printr-o durere intensă şi necesită o intervenţie chirurgicală de urgenţă. Intr-adevăr, dacă o porţiune de intestin rămîne blocată prea mult timp, există riscul de moarte a ţesuturilor însoţită de perforaţie.

◆ **Tratament**

O intervenţie chirurgicală simplă permite consolidarea membranei deficiente. Ea trebuie realizată preventiv, încă de la descoperirea herniei, pentru a evita riscul de strangulare şi complicaţiile unei intervenţii de urgenţă. La sugar se poate aştepta doi ani, întrucît pînă la această vîrstă este posibilă vindecarea spontană.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Chiar după intervenţia chirurgicală, interzicerea căratului de greutăţi mari este importantă pentru a evita o recidivă sau apariţia unei hernii de partea opusă.

HERNIA OMBILICALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Trecerea unei părţi a organelor din abdomen (conţinute într-un înveliş numit peritoneu) prin ombilic. La copil este vorba de persistenţa orificiului ombilical, lăsat de vasele ombilicale. La adult, hernia este legată de distensia ombilicului determinată, de exemplu, de sarcini multiple sau de o ascită (prezenţa de lichid în abdomen) în cadrul unei ciroze.

◆ **Frecvenţă**

Este o anomalie foarte frecventă la sugar.

◆ **Semne şi simptome**

În cazul herniilor mici, se observă o mică formaţiune rotundă, care poate fi adesea reintrodusă în abdomen cu degetul şi care îşi măreşte volumul la tuse. Herniile mari sînt în general imposibil de reintrodus în abdomen (sînt numite ireductibile) şi sînt acoperite de o piele subţire, destinsă.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul este pus de medic în timpul examinării şi nici o investigaţie nu este necesară în absenţa complicaţiilor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este strangularea, care corespunde blocării viscerelor în sacul extern cu imposibilitatea reintroducerii acestora în abdomen. Se manifestă prin dureri şi semne de ocluzie intestinală. Necesită o intervenţie chirurgicală imediată pentru a evita moartea ţesuturilor intestinului strangulat şi apariţia peritonitei.

◆ **Tratament**

Intervenţia chirurgicală constă în închiderea orificiului fie printr-o simplă sutură, fie prin montarea unei plase sintetice de consolidare a peretelui abdominal.

HERPANGINA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie virală produsă de virusul *Coxsackie A*.

◆ **Frecvenţă**

Afectează în special copiii mici.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o inflamaţie în gît (faringită) însoţită de febră. La examenul clinic, fundul gîtului este roşu, cu nişte vezicule care nu afectează nici amigdalele, nici limba şi care se ulcerează rapid. Ele provoacă dureri şi dificultăţi la înghiţire.

◆ **Investigaţii**

Recoltarea unei probe de la nivelul faringelui permite detectarea virusului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Vindecarea se produce în general într-o săptămînă.

◆ **Tratament**

Ca în majoritatea afecţiunilor virale, tratamentul nu urmăreşte decît ameliorarea simptomelor: medicamente împotriva febrei, a durerilor şi a inflamaţiei.

HERPESUL CIRCINAT

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie a pielii produsă de o ciupercă (micoză) numită *Trichophyton*. Transmiterea se face de la o persoană la alta, de la animale sau prin intermediul solului.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Apar pete roz-roşii rotunjite, cu margini supradenivelate care se întind de la periferie decolorîndu-se în centru, din care se desprind mici fîşii de piele uscată (scuame). Ele provoacă mîncărimi intense şi sînt localizate pe zonele de piele lipsite de păr.

Investigații

Recoltarea unei probe de la nivelul zonei afectate permite identificarea ciupercii (examen direct la microscop sau după cultivarea pe medii speciale).

Evoluție și complicații

Tratamentul este eficient, dar recidivele sînt frecvente.

Tratament

Se utilizează medicamente împotriva ciupercilor (antifungice) sub formă de cremă sau de pomadă și, în caz de eșec, sub formă de comprimate.

Prevenție și educație

Prevenția constă în tratarea tuturor zonelor afectate (în special picioarele), precum și a tuturor persoanelor și animalelor din anturaj.

HERPESUL GENITAL

◆ **Definiție și cauze**

Infecție cu virusul *Herpes simplex*, cel mai frecvent de tip 2 (HSV2), care afectează porțiunea inferioară a corpului și mai ales organele genitale. Contaminarea se face pe cale sexuală, de la o persoană infectată (boală cu transmitere sexuală) sau în timpul nașterii de la mamă la copil. Contagiozitatea este importantă în timpul și în jurul puseurilor. Ceea ce face din această infecție o problemă este persistența virusului în organism după infecția inițială și apariția de puseuri care pot recidiva de-a lungul întregii vieți.

Frecvență

Se estimează că 30% din populație este infectată, iar această cifră este în continuă creștere. Deși majoritatea persoanelor nu prezintă semne la prima infecție, toate prezintă riscul de a face puseuri, cu sau fără simptome, dar în cursul cărora riscă să transmită infecția. Contaminarea se produce în adolescență sau la vîrsta adultă. Riscul de transmitere la nou-născut este de 1/10 000.

Semne și simptome

Infecția inițială, numită primoinfecție, se manifestă prin dureri spontane intense, agravate de contactul cu urina. Apare o tumefacție a labiilor sau a glandului, cu mici vezicule care se erodează, se unesc și se transformă în ulcerații (mici răni care nu se vindecă) gălbui, avînd aspect de afte.

◆ **Investigații**

În majoritatea cazurilor, simpla examinare a leziunilor este suficientă pentru stabilirea diagnosticului. În caz de dubiu, recoltarea unei probe de la nivelul leziunilor permite detectarea virusului fie prin examen direct la microscop, fie după cultivarea pe medii speciale.

◆ **Evoluție și complicații**

Evoluția se face în puseuri (în jur de 3 sau 4 pe an), ale căror simptome sînt în general mai puțin intense decît în timpul infecției inițiale. Principalii factori care favorizează apariția puseurilor sînt: febra, stresul, expunerea la soare, menstruația, oboseala, consumul de alcool etc. Tratamentul poate scurta durata puseurilor și le poate rări.

Principala complicație – din fericire excepțională, dar care survine mai ușor la persoanele cu imunitate scăzută (imunodepresie: SIDA, chimioterapie pentru cancer etc.) și la nou-născuți – este afectarea creierului de către virus (encefalita), care poate fi mortală.

◆ **Tratament**

Medicamentele antivirale utilizate în timpul primei infecții și al recidivelor sînt valaciclovirul [Valtrex®] sau aciclovirul. Un puseu un perioada nașterii impune realizarea unei cezariene pentru a evita contaminarea copilului.

◆ **Prevenție și educație**

Raporturile sexuale în timpul puseurilor trebuie excluse sau protejate cu prezervativ. Contactele orogenitale sînt contaminante.

HERPESUL LABIAL [D4]

◆ **Definiție și cauze**

Infecție cu virusul *Herpes simplex*, cel mai adesea de tip 1 (HSV1), care afectează în general partea superioară a corpului, în special buzele. Contaminarea se face prin contact direct cu leziunea sau cu unele secreții (salivă, secreții nazale). Contagiozitatea este importantă în timpul și în jurul puseurilor. Ceea ce face din această infecție o problemă este

persistenţa virusului în organism după infecţia iniţială şi apariţia de puseuri care pot recidiva de-a lungul întregii vieţi.

◆ **Frecvenţă**

Se estimează că în anumite regiuni aproape 80% din populaţie este infectată. Deşi majoritatea persoanelor nu prezintă semne la prima infecţie, toate au un risc de a face puseuri, cu sau fără simptome, dar în cursul cărora riscă să transmită infecţia. Contaminarea survine de obicei între 6 luni şi 4 ani.

◆ **Semne şi simptome**

La copil, prima infecţie, numită primoinfecţie, nu se manifestă în general prin nici un simptom. Puseul se traduce cel mai adesea prin clasica „bubă de febră“, situată în general pe buză. Este vorba de un buchet de vezicule situat pe un fond roşu, care se erodează şi apoi se acoperă de cruste.

◆ **Investigaţii**

În majoritatea cazurilor, simpla examinare a leziunilor este suficientă pentru stabilirea diagnosticului. În caz de dubiu, recoltarea unei probe de la nivelul leziunilor permite detectarea virusului, fie prin examen direct la microscop, fie după cultivarea pe medii speciale.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia se face în puseuri (în jur de 3 sau 4 pe an), ale căror simptome sînt în general mai reduse decît în infecţia iniţială. Principalii factori care favorizează puseurile sînt: febra, stresul, expunerea la soare, menstruaţia, oboseala, consumul de alcool etc. Evoluţia se face spre vindecare în 8–10 zile fără a lăsa cicatrice. Tratamentul poate scurta durata puseurilor şi le poate reduce frecvenţa. Infecţiile pot fi deosebit de grave la persoanele cu imunitate scăzută (imunodepresie: SIDA, chimioterapie pentru cancer etc.), cu afectarea pielii, ochilor şi creierului.

Tratament

Nu există un tratament propriu-zis, cu excepţia aplicării de antiseptice pentru uscarea veziculelor. Aplicarea unui medicament antiviral, aciclovirul, sub formă de pomadă pare să reducă durata puseurilor.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Trebuie evitat sărutul în timpul unui puseu, mai ales de la adult la copil. Contactele orogenitale sînt contaminante.

HERPES ZOSTER AURICULAR SAU (VEZI) ZONA AURICULARĂ

HERPES ZOSTER SAU (VEZI) ZONA ZOSTER

HIDARTROZA INTERMITENTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală caracterizată prin apariţia periodică a unui revărsat lichidian într-o articulaţie, mai ales la nivelul genunchiului. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Foarte rară. Apare în special la femei şi începe cel mai frecvent între 10 şi 30 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Revărsatul, care este în general unilateral, apare în special la genunchi. Apare un edem, în general dureros, în jurul articulaţiei.

◆ **Investigaţii**

Puncţionarea lichidului cu un ac permite analiza acestuia la microscop.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Regresia are loc spontan în cîteva zile; recidiva apare după un interval variabil, în medie circa 10 zile, identic pentru aceeaşi persoană. Evoluţia se poate întinde pe mulţi ani. Este întreruptă adesea de remisiuni din ce în ce mai lungi şi chiar de vindecare. Principalul risc este acela ca pe termen lung să se producă o suferinţă a articulaţiei, cu apariţia artrozei.

◆ **Tratament**

Nici un medicament nu este realmente eficient. La pacienţii la care afecţiunea este invalidantă poate fi luată în calcul realizarea unei sinoviorteze (distrugerea sinovialei, cel mai frecvent prin injectarea unei substanţe chimice).

IDOZA SAU CHISTUL

Definiţie şi cauze
Infecţie cu un parazit, un mic vierme, numit tenia cîinelui sau *Echinococcus granulosus*, ale cărui ouă sînt prezente în excrementele cîinelui. Omul se infectează consumînd vegetale contaminate sau ducînd la gură mîinile nespălate după contactul direct cu blana animalului.

Frecvenţă
Boala se întîlneşte în special în ţările în care se cresc oi (oaia adăposteşte parazitul, contaminîndu-se prin intermediul ierbii care a venit în contact cu excrementele cîinilor, infectaţi la rîndul lor prin consumul de viscere de oaie), în special în regiunea Bazinului mediteraneean.

Semne şi simptome
Viermii se dezvoltă mai ales la nivelul ficatului şi al plămînilor, unde formează chisturi mari. La nivelul ficatului, semnele nu apar adesea decît după 5 pînă la 10 ani, cu o creştere în volum, dureri, icter şi uneori puseuri de urticarie (erupţie la nivelul pielii, însoţită de mîncărimi). La nivel pulmonar, semnele sînt adesea mai precoce şi mai severe, cu tuse, dureri în piept şi expectoraţii albicioase caracteristice atunci cînd chistul se rupe în bronhii.

Investigaţii
Explorările ce permit vizualizarea chisturilor sînt: ecografia de ficat şi radiografia de torace, ce pot fi completate de o tomografie computerizată sau de un examen IRM. În sînge, se evidenţiază creşterea numărului unei categorii de globule albe (eozinofile), prezentă întotdeauna în caz de infecţie cu paraziţi. Este, de asemenea, posibilă evidenţierea anticorpilor îndreptaţi specific împotriva acestui vierme (serodiagnostic).

Evoluţie şi complicaţii
Principala complicaţie este ruptura chisturilor, cu risc de diseminare a infecţiei în tot organismul. Infectarea cu bacterii a chisturilor este, de asemenea, posibilă.

Tratament
Tratamentul utilizează în asociere un medicament, albendazolul (Eskazole®, Zentel®, Duador®), cu ablaţia chisturilor pe cale chirurgicală şi, mai recent, cu puncţia chisturilor.

◆ **Prevenţie**
Prevenţia se bazează pe tratamentul cîinilor domestici şi întreruperea ciclului oaie-cîine (arderea şi îngroparea adîncă a animalelor moarte de hidatidoză).

HIDROCEFALIA CU PRESIUNE NORMALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Creşterea cantităţii de lichid cefalorahidian (LCR) care înconjoară creierul şi meningele şi îi asigură o „saltea” de protecţie. Consecinţa este dilataţia ventriculelor cerebrale, în care este produs LCR, fără ca presiunea în acestea să crească. Ea se datorează unei tulburări de resorbţie a LCR care se instalează progresiv, fără să existe vreun obstacol în calea scurgerii acestuia. În majoritatea cazurilor nu se poate găsi nici o cauză exactă; în alte cazuri este secundară unei hemoragii meningiene, unei meningite sau unui traumatism cranian.

◆ **Frecvenţă**
Afectează cel mai frecvent persoanele în vîrstă de peste 60 ani.

◆ **Semne şi simptome**
Se manifestă în general prin apariţia unei demenţe la persoane vîrstnice care, pînă atunci, nu prezentau nici o tulburare deosebită. Principalele semne sînt dezinteresul, indiferenţa afectivă, lentoarea, tulburările de echilibru şi de mers (început ezitant al mersului, apoi se declanşează mişcarea), tulburări de micţiune şi de defecaţie (lipsă de control al sfincterelor).

◆ **Investigaţii**
Tomografia computerizată şi examenul IRM permit, în general, stabilirea diagnosticului. Puncţia lombară cu evacuarea unui anumit volum de LCR asigură, de obicei, o ameliorare tranzitorie (permite şi măsurarea presiunii LCR, care este normală).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Evoluţia este variabilă, iar tratamentul

nu ameliorează întotdeauna starea pacientului.

◆ **Tratament**

Dacă extragerea de LCR provoacă o ameliorare, este indicată montarea unui tub de evacuare a LCR în torace sau în abdomen (şunt). Supravegherea atentă a acestui dispozitiv este indispensabilă pentru a depista apariţia complicaţiilor (infecţia, obstrucţia şuntului).

HIDROCEFALIA SUGARULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune care se manifestă la sugar. Se caracterizează prin acumularea de lichid cefalorahidian (LCR) în ventriculele cerebrale, care sînt de dimensiuni mai mari decît în mod normal. Cauza este fie obstrucţia scurgerii LCR de către o tumoră sau o malformaţie, fie lipsa resorbţiei lichidului, secundară unei hemoragii meningiene (la prematuri) sau unei infecţii (meningită, toxoplasmoză).

◆ **Frecvenţă**

Este cea mai frecventă cauză de creştere anormală a dimensiunilor capului la nou-născut.

◆ **Semne şi simptome**

Principalul semn este creşterea rapidă a perimetrului cranian, cu bombarea fontanelei (zonă a craniului neacoperită de os în primele luni de viaţă, a cărei piele poate fi deprimată uşor la palpare), bombarea frunţii şi apariţia unor spaţii palpabile între diferitele oase ale craniului (disjuncţia suturilor). Pot apărea convulsii.

◆ **Investigaţii**

Ecografia poate pune diagnosticul înainte de naştere. Ecografia şi tomografia computerizată confirmă diagnosticul după naştere.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este variabil în funcţie de cauză şi de existenţa hidrocefaliei înainte de naştere.

◆ **Tratament**

Tratamentul constă în montarea unui tub care să evacueze LCR în torace sau abdomen, de unde va fi eliminat (şunt). Supravegherea atentă a acestui dispozitiv este indispensabilă pentru a depista apariţia complicaţiilor (infecţia, obstrucţia şuntului).

HIDROCELUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Acumulare de lichid în vaginală testiculară (foiţa ce înveleşte testiculul) [A 15-10]. De cele mai multe ori nu se poate găsi nici o cauză. Uneori este vorba de o infecţie sau de o inflamaţie, iar în unele cazuri de persistenţa de la naştere a unei comunicări între abdomen şi vaginală (hidrocel congenital). În mod excepţional, el poate fi primul semn al unui cancer de testicul.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

O jumătate a scrotului este mărită. Nu există durere, iar testiculul poate fi palpat cu uşurinţă.

◆ **Investigaţii**

Masa de lichid se lasă traversată de lumina provenită dintr-o sursă aplicată în spatele scrotului (transiluminare). Examenul esenţial este ecografia, care permite o bună vizualizare a testiculului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

De cele mai multe ori, regresia este spontană (inclusiv în forma congenitală, prin închiderea comunicării după naştere) şi este suficientă simpla supraveghere. În formele voluminoase, incomodante sau persistente, este posibilă evacuarea chirurgicală.

HIDRONEFROZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Dilatarea cavităţilor din rinichi care adună urina după formarea acesteia (calice şi bazinet). Cauza cea mai frecventă este un obstacol care împiedică scurgerea urinei, situat în general la nivelul ureterului, conduct prin care urina ajunge de la rinichi la vezica urinară. Poate fi vorba de o malformaţie din naştere, de un calcul sau de o tumoră. Mai rar, hidronefroza este rezultatul unui reflux al urinei din vezică spre rinichi din cauza unor anomalii de golire a acesteia.

◆ **Semne şi simptome**

Uneori nu există nici un simptom şi

descoperirea se face întîmplător. Alteori, semnele care pot apărea mai frecvent sînt durerile lombare surde sau colicative.

Investigaţii

Ecografia şi urografia intravenoasă (injectarea unei substanţe care face urina opacă şi deci vizibilă pe radiografii repetate în timp pentru a vizualiza producerea de urină de către rinichi şi evacuarea ei în căile urinare) permit stabilirea diagnosticului şi determinarea cauzei.

Evoluţie şi complicaţii

Infecţiile urinare sînt frecvente. Principala complicaţie în absenţa diagnosticului şi a tratamentului este distrugerea progresivă a rinichiului.

Tratament

Tratamentul constă din înlăturarea obstacolului. În aşteptarea acesteia, o derivaţie chirurgicală a urinei este necesară în caz de alterare a funcţiei renale sau de infecţie. Dacă rinichiul nu mai funcţionează, trebuie efectuată o nefrectomie (scoaterea rinichiului).

...ROSADENITA SAU BOALA ...NELUI

Definiţie şi cauze

Inflamaţie cronică a pielii afectînd zonele bogate în glande sudoripare (glande care produc transpiraţia). Localizările obişnuite sînt axilele, regiunea organelor genitale, pliul coapselor şi fesele. Cauza este puţin cunoscută, dar ipoteza avansată este aceea a unei anomalii de producere a transpiraţiei, cu păstrarea unei umidităţi locale crescute.

Frecvenţă

Este o afecţiune a adultului, care apare atît la femei cît şi la bărbaţi.

Semne şi simptome

Primele manifestări sînt mîncărimile (pruritul) şi exagerarea secreţiei sudoripare (hiperhidroza). Ulterior apar mici noduli, izolaţi sau grupaţi, dureroşi, proeminenţi sub pielea devenită roşie, care se sparg, lăsînd să se scurgă puroi.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia se face în puseuri de-a lungul mai multor ani, cu perioade de remisiune. Există şi riscul dezvoltării unui cancer.

◆ **Tratament**

În formele simple, se utilizează antiseptice pentru uscarea leziunilor, asociate cu un tratament antibiotic sub formă de comprimate (de exemplu doxiciclină) sau eventual cu o substanţă care scade secreţia glandelor din piele (isotretinoin [Roaccutane®]). În formele grave, chirurgia poate fi utilă: îndepărtarea glandelor şi grefă de piele.

HIPERALDOSTERONISMUL PRIMAR SAU (VEZI) CONN (SINDROMUL)

HIPERCALCEMIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Creştere anormală a concentraţiei de calciu din sînge (peste 2,6 mmol/l sau 104 mg/l). Principalele cauze sînt afecţiunile glandelor paratiroide care secretă hormoni ce reglează nivelul calciului şi cancerele care afectează oasele şi care eliberează calciu în sînge.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele manifestări sînt de natură digestivă (constipaţie, lipsa poftei de mîncare, vărsături), neurologice (oboseală, slăbiciune musculară, stare depresivă, letargie, confuzie, comă), cardiace (tulburări de ritm) şi renale (sete excesivă şi eliminarea unor cantităţi mari de urină, calculi urinari).

◆ **Investigaţii**

Bilanţul sangvin cuprinde dozarea calciului, dar şi a proteinelor, a căror concentraţie o influenţează pe cea a calciului. Electrocardiograma permite detectarea anomaliilor prevestitoare de tulburări grave. Identificarea cauzei necesită explorări specializate.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tulburările de ritm cardiac pot fi mortale. Hipercalcemiile de origine paratiroidiană au mai degrabă o evoluţie cronică; ele sînt relevate de apariţia unor calculi urinari. Formele secundare unor cancere sînt în general acute, cu evoluţie

rapidă şi revelate de semne clinice mai accentuate.

◆ **Tratament**

Medicamentele care permit reducerea rapidă a nivelului de calciu în sînge sînt diureticele care elimină calciul în urină (furosemid), şi bifosfonaţii (pamidronat de sodiu [Aredia®], clodronat de sodiu [Bonefos®, Lodronat®, Sindronat®], care limitează eliberarea de calciu din oase. Tratamentul cauzei este, de asemenea, indispensabil.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

În aşteptarea unei posibilităţi de tratare a cauzei, pacientul trebuie educat să îşi limiteze aportul alimentar de calciu (brînzeturi, lactate etc.). Anumite medicamente sînt interzise.

HIPERCOLESTEROLEMIA PURĂ SAU HIPERLIPIDEMIA DE TIP IIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Supraîncărcare a organismului cu colesterol. De cele mai multe ori nu poate fi găsită nici o cauză. Uneori poate fi ereditară, avînd ceea ce se numeşte o transmitere dominantă, adică este suficient ca unul dintre părinţi să fie bolnav şi să transmită gena defectă pentru ca şi copilul să fie afectat.

◆ **Frecvenţă**

Forma familială atinge o persoană din 500. Forma non-familială este mai frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele depind de concentraţia colesterolului şi corespund depunerii de colesterol în diferite ţesuturi: ochi (arc cornean = arc albicios situat la periferia corneei), pleoape (xantelasmă = depozite gălbui pe pleoape), piele şi tendoane (xantoame = plăci sau noduli gălbui la nivelul pielii sau al tendoanelor).

◆ **Investigaţii**

Colesterolul total este crescut prin creşterea fracţiei LDL („colesterolul nociv"), în timp ce HDL („colesterolul benefic") este normal sau scăzut. Nivelul trigliceridelor este normal.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este dezvoltarea plăcilor de aterom (depuneri de colesterol în artere), cu risc de infarct şi de accidente vasculare cerebrale care pot apărea la vîrste foarte tinere (sub 20 ani) în formele cele mai severe.

◆ **Tratament**

Prima etapă a tratamentului constă în adoptarea unui regim adecvat: scăderea consumului de carne roşie, mezeluri, viscere, brînză, ouă, unt în favoarea celui de peşte, carne albă, legume şi uleiuri vegetale. Diferitele medicamente utilizate sînt răşinile schimbătoare de ioni (colestiramina), fibraţii (de exemplu fenofibratul) şi statinele (de exemplu simvastatina).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Descoperirea şi tratamentul cît mai precoce în formele familiale permit reducerea numărului de complicaţii legate de plăcile de aterom. Educaţia dietetică a pacientului este esenţială.

HIPERLIPIDEMIILE

◆ **Definiţie şi cauze**

Creşterea concentraţiei grăsimilor în sînge, legată de anomalii ale proteinelor pe care acestea se fixează. Ele pot fi de origine genetică sau secundare unei alte boli (diabet ş.a.), unor factori nutriţionali, unor medicamente (estrogeni ş.a.). Se disting mai multe forme în funcţie de tipul sau tipurile de lipide care sînt crescute, dintre care hipercolesterolemia pură este cea mai frecventă.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă primul factor de risc al bolilor cardiovasculare, care se numără printre principalele cauze de mortalitate.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele observate sînt legate de depunerile de grăsimi în anumite ţesuturi: ochi (arc cornean = arc albicios situat la periferia corneei), pleoape (xantelasmă = depozite gălbui pe pleoape), piele şi tendoane (xantoame = plăci sau noduli gălbui la nivelul pielii sau al tendoanelor).

◆ **Investigaţii**

Bilanţul sangvin permite clasificarea hiperlipidemiilor prin măsurarea concentraţiei de colesterol total, trigliceride,

LDL-colesterol („colesterol nociv“), HDL-colesterol („colesterol benefic“).

Evoluţie şi complicaţii

Principala complicaţie este dezvoltarea plăcilor de aterom (depuneri de colesterol în artere), cu risc de infarct şi de accidente vasculare cerebrale. Mai rar, se poate produce inflamaţia pancreasului (pancreatită).

Tratament

Cuprinde tratamentul cauzei, în formele secundare şi măsuri dietetice. Diferitele medicamente utilizate sînt răşinile schimbătoare de ioni (colestiramina), fibraţii (de exemplu fenofibratul) şi statinele (de exemplu simvastatina).

Prevenţie şi educaţie

Formele familiale trebuie diagnosticate şi tratate precoce pentru a limita complicaţiile. Urmarea unui regim necesită o îngrijire multidisciplinară (medic, nutriţionist, psiholog etc.), precum şi educaţia dietetică a pacientului.

HIPERLORDOZA LOMBARĂ

Exagerarea curburii naturale a coloanei vertebrale la nivel lombar (regiunea inferioară a spatelui). Se observă cel mai frecvent la femei după menopauză. Stă la originea unor dureri difuze. Tratamentul cuprinde repausul pe un plan dur, administrarea de medicamente împotriva durerii (analgezice) şi kinetoterapia.

HIPERMETROPIA

Definiţie şi cauze

Un ochi este hipermetrop atunci cînd imaginea unui obiect situat la infinit se formează în spatele retinei. Cauza cea mai frecventă este ochiul mic, al cărui ax este mai scurt decît cel normal.

Frecvenţă

Este o afecţiune frecventă, dar mai puţin decît miopia. În funcţie de gradul său, se manifestă fie foarte devreme, fie uneori după 40 ani.

Semne şi simptome

Persoana afectată nu vede clar la nici o distanţă şi este incomodată vederea de aproape, care necesită un efort de acomodare suplimentar.

◆ **Investigaţii**

Skiascopia (determinarea refracţiei totale a ochiului) permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Poate duce la strabism (privire cruciş) ca urmare a efortului de acomodare.

◆ **Tratament**

Corectarea cu ochelari sau lentile de contact este eficientă. Tratamentul chirurgical este posibil, dar este utilizat cu totul excepţional.

◆ **Prevenţie**

Corecţia este cu atît mai necesară cu cît hipermetropia este mai importantă şi cu cît persoana înaintează în vîrstă.

HIPEROSTOZA VERTEBRALĂ ANCHILOZANTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune a coloanei vertebrale, caracterizată prin prezenţa unor excrescenţe osoase (osteofite) importante, formînd un fel de teacă în jurul vertebrelor. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune destul de frecventă. Apare în special la bărbaţi după 50 ani (raportul bărbaţi/femei este de 3 : 1), adesea obezi şi afectaţi de un diabet care nu necesită insulină.

◆ **Semne şi simptome**

De cele mai multe ori această afecţiune nu provoacă nici un simptom. Coloana vertebrală este rigidă şi apar uneori dureri intermitente şi de intensitate moderată.

◆ **Investigaţii**

Radiografiile de coloană vertebrală permit stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Alte localizări asociate frecvent sînt: şolduri, bazin, coate, călcîie (calcaneu), genunchi etc. Evoluţia se face spre afectarea articulaţiilor (artroză).

◆ **Tratament**

Tratamentul cuprinde: medicamente antiinflamatorii, decontracturante (relaxante musculare) şi kineziterapie.

Prevenţie şi educaţie

Educarea pacientului constă în învăţarea unor exerciţii care să limiteze solicitările asupra coloanei vertebrale.

HIPERPARATIROIDISMUL PRIMAR

◆ **Definiţie şi cauze**
Producerea inadecvată şi excesivă de parathormon (PTH = hormon care intervine în echilibrul dintre fosfor şi calciu, esenţial pentru buna funcţionare a oaselor), de către una sau mai multe glande paratiroide [A 10]. Principala cauză este o tumoră benignă (adenom) unică a unei glande paratiroide.

◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune hormonală frecventă, a treia în ordinea importanţei după diabet şi hipertiroidie (hiperfuncţia tiroidei). Se poate întîlni la orice vîrstă, dar predomină între 40 şi 65 ani şi afectează de două ori mai multe femei decît bărbaţi.

◆ **Semne şi simptome**
În 80% din cazuri nu există nici un simptom. Uneori, afecţiunea se manifestă prin semne de supraîncărcare în calciu (hipercalcemie) şi mai ales prezenţa de calculi la nivelul rinichilor. Mai rar, pot apărea semne de încorporare deficitară a calciului în oase (demineralizare osoasă) vizibile pe radiografii sau manifestîndu-se în mod excepţional prin fracturi.

◆ **Investigaţii**
Analizele sangvine evidenţiază o creştere a concentraţiei de calciu (hipercalcemie) şi de PTH, asociate cu o scădere a concentraţiei de fosfor (hipofosfatemie). Radiografiile craniului şi ale oaselor lungi arată semne de demineralizare (încorporare deficitară a calciului în os). Detectarea unei eventuale tumori se va efectua printr-o investigaţie care utilizează injectarea unei substanţe radioactive fixată în special la nivelul paratiroidelor (scintigrafie) sau printr-o intervenţie chirurgicală, numită exploratorie.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Evoluţia este cronică, în puseuri care necesită tratament de urgenţă. Complicaţiile sînt inflamaţia pancreasului (pancreatita), insuficienţa renală, fracturile şi ulcerul gastric. Tratamentul chirurgical permite vindecarea.

◆ **Tratament**
Constă în înlăturarea chirurgicală a tumorii.

◆ **Prevenţie**
În formele asimptomatice este suficientă simpla supraveghere. Trebuie evitată imobilizarea prelungită, care antrenează sistematic eliberarea de calciu în sînge, de la nivelul oaselor, care fiind în repaus asimilează mai puţin calciu.

HIPERPLAZIA CONGENITALĂ A SUPRARENALELOR

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală genetică definită printr-o insuficienţă de funcţionare a glandelor suprarenale [A 10-5(2) şi 13-13] şi anomalii de diferenţiere sexuală. Transmiterea este numită recesivă, ceea ce înseamnă că ambii părinţi (la care boala nu se manifestă) trebuie să transmită gena defectă pentru ca afecţiunea să apară la copil. Este determinată de lipsa unei enzime esenţiale pentru producerea hormonilor de către suprarenală, în special hormonii sexuali şi cei care reglează concentraţia de sare din organism. Forma clasică este severă, cu apariţia unor semne la făt înainte de naştere; forma lentă este mai puţin severă şi se manifestă mai tardiv.

◆ **Frecvenţă**
Forma clasică apare la o naştere din 15 000 mai ales în populaţiile cu un nivel crescut de consangvinitate. Frecvenţa formei lente este greu de evaluat, dar pare să fie ridicată (1/1 000 în anumite etnii).

◆ **Semne şi simptome**
În forma clasică apare un pseudohermafroditism feminin (masculinizarea fetelor), cu malformaţie a organelor genitale. La sugar, boala poate fi sugerată de un „sindrom de pierdere de sare", care antrenează o scădere a tensiunii arteriale şi uneori o stare de şoc. În forma lentă, organele genitale externe sînt normale la naştere, dar apar o falsă pubertate precoce la ambele sexe şi semne de supraîncărcare cu hormoni masculini (hiperandrogenism, care se manifestă prin acnee, pilozitate abundentă şi precoce de tip masculin, ciclu

menstrual neregulat, sterilitate) după pubertate la fete.

Investigaţii

Dozarea hormonilor suprarenalieni (eventual însoţită de teste de stimulare a secreţiei acestora) permite stabilirea diagnosticului.

Evoluţie şi complicaţii

Nerecunoaşterea bolii şi lipsa unui tratament rapid la sugar pot duce la deces. Un tratament adecvat permite obţinerea unei funcţii de reproducere normale şi pacientul poate avea copii.

Tratament

Aport de hormoni deficitari (hidrocortizon şi mineralocorticoizi) şi repararea chirurgicală a malformaţiilor sexuale.

Prevenţie

Prevenţia implică diagnosticul şi tratamentul înainte de naştere sau depistarea din primele zile de viaţă.

...ERPROLACTINEMIA

Definiţie şi cauze

Creşterea producţiei de prolactină, hormon secretat de hipofiză [A 10-2] (mică glandă situată în creier), care are ca rol provocarea şi menţinerea producţiei de lapte la femeia însărcinată. Pe de altă parte, prolactina scade producţia de hormoni sexuali. Cele două cauze principale sînt tumorile (adenoamele hipofizare = ...lactinoame) şi medicamentele (neuroleptice, pilule contraceptive etc.).

Frecvenţă

Relativ frecventă.

Semne şi simptome

La femeie se produce întreruperea menstruaţiei şi apare o scurgere de lapte prin mameloane (sindrom amenoree-galactoree). La bărbaţi se manifestă prin impotenţă şi dezvoltarea sînilor (ginecomastie). Pot apărea semne legate de eventuala compresie exercitată de tumoră asupra structurilor cerebrale situate în apropierea hipofizei: dureri de cap, tulburări vizuale.

Investigaţii

Concentraţia sanguină de prolactină este crescută. Tomografia computerizată şi examenul IRM pot evidenţia o eventuală tumoră.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul medical permite recuperarea fertilităţii în aproape 90% din cazuri. Principalul risc este cel al unui puseu de creştere a tumorii în cursul sarcinii în cazul unui prolactinom deja voluminos.

◆ **Tratament**

Prima măsură este întreruperea administrării unui eventual medicament implicat. Tratamentul medical constă din administrarea unui medicament care inhibă producţia de prolactină, bromocriptina. Tratamentul chirurgical este indicat în cazul unor simptome legate de tumoră, în special tulburări vizuale.

HIPERSPLENISMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Hiperfuncţie a splinei [A 12-14(2)], care are în mod normal rolul de a stoca şi de a distruge celulele sangvine îmbătrînite. Consecinţa este diminuarea numărului de globule roşii, globule albe şi plachete din circulaţia sangvină. În plus, splina este mărită de volum (splenomegalie). Principalele cauze sînt unele infecţii, afecţiuni hepatice sau cancere.

◆ **Semne şi simptome**

Medicul descoperă o splină mărită, care se palpează sub coaste în partea stîngă. Scăderea numărului celulelor sangvine poate, de asemenea, să provoace simptome: infecţii în cazul scăderii numărului de leucocite, hemoragii în cazul scăderii numărului de trombocite sau simptome de anemie (paloare, astenie, stare de rău general) în cazul scăderii numărului de hematii.

◆ **Investigaţii**

Hemograma, care numără celulele sangvine dintr-un eşantion de sînge este primul examen util. Ulterior vor fi realizate examenul unui eşantion de măduvă osoasă (medulograma, efectuată pe o probă prelevată de la nivelul sternului), scintigrafia (injectarea unei substanţe radioactive care se fixează pe splină) şi tomografia computerizată a splinei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul este legat de cel al bolii aflate la originea acestei disfuncţii a splinei.

◆ **Tratament**
În majoritatea cazurilor tratamentul se rezumă la cel al bolii cauzale. În unele cazuri severe este necesară îndepărtarea splinei.

◆ **Prevenţie**
Se poate trăi fără splină, dar persoana respectivă este mai sensibilă la infecţii, ceea ce necesită luarea anumitor măsuri de precauţie, în special vaccinarea contra pneumococilor, germeni obişnuiţi aflaţi la originea unor infecţii pulmonare grave.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Peste 140/90 mmHg (atunci cînd cel puţin una din cele două valori depăşeşte aceste valori), tensiunea arterială este considerată ca anormală. În 95% din cazuri nu se poate găsi nici o cauză şi se vorbeşte despre hipertensiune arterială esenţială. Celelalte cauze sînt anomalii de funcţionare ale glandelor suprarenale sau ale rinichilor, care produc hormoni ce intervin în reglarea tensiunii, unele medicamente sau substanţe toxice (contraceptive orale, lemn-dulce, antiinflamatorii etc.).

◆ **Frecvenţă**
Afecţiune deosebit de frecventă. Hipertensiunea dublează riscul de mortalitate cardiovasculară (accident vascular cerebral, infarct).

◆ **Semne şi simptome**
În majoritatea covîrşitoare a cazurilor, hipertensiunea este asimptomatică, fiind descoperită cu ocazia unui control medical de rutină. Semnele evocatoare sînt reprezentate de: ameţeli, dureri de cap, fluierături în urechi (acufene), senzaţie de musculiţe în faţa ochilor.

◆ **Investigaţii**
Măsurarea trebuie făcută la o persoană întinsă în pat de 15 minute. Ea se efectuează la ambele braţe, în poziţie culcat şi în picioare. Pentru afirmarea caracterului permanent al hipertensiunii, trebuie găsite valori crescute în mai multe rînduri (atenţie la efectul de „halat alb": creşterea reactivă a tensiunii din cau stresului provocat de examenul med cal).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Principalele complicaţii sînt accidente vasculare cerebrale, bolile cardia (insuficienţă cardiacă, infarct) şi afectar funcţiei renale.

◆ **Tratament**
Schimbarea modului de viaţă este prim măsură: scăderea în greutate, reducere consumului de alcool, activitatea fizic regulată, reducerea aportului de sar întreruperea fumatului. În caz de răspun inadecvat, se instituie tratamentul medi camentos, iniţial cu un singur medica ment, apoi două şi chiar trei în asocier (diuretice, betablocante, inhibitori a enzimei de conversie, inhibitori ai cana lelor de calciu, alfablocante, inhibitori a angiotensinei II). În formele secundare tratamentul cauzei este esenţial.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Tratamentul hipertensiunii arteriale reduce considerabil riscul de accident vascular cerebral şi într-o mai mică măsură pe cel de infarct. Este bine ca pacientu să fie învăţat cum să-şi măsoare singu tensiunea arterială. Adaptarea tratamentului medicamentos, luînd în calcul efectele secundare ale diferitelor produse, este, de asemenea, necesară pentru ca pacientul să nu abandoneze din proprie iniţiativă anumite medicamente. Întreruperea bruscă a administrării medicamentelor expune la riscul unei creşteri bruşte a tensiunii.

HIPERTENSIUNEA INTRACRANIANĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Creşterea presiunii la nivelul creierului (a cărei valoare normală este de 10 mmHg), producînd o compresie a structurilor nervoase care poate duce la deces. Principalele cauze pot fi: tumori, abcese, accidente vasculare cerebrale sau traumatisme. Mai rar, cauza poate fi un puseu foarte sever de hipertensiune arterială sau o complicaţie care apare spre sfîrşitul sarcinii, numită eclampsie. Este

particulară forma numită „benignă", ale căror cauze rămîn încă neclare.

◆ **Frecvenţă**

Este o boală deosebit de frecventă, mai ales datorită numărului mare de cauze.

◆ **Semne şi simptome**

Cele trei semne principale sînt:

- Durerile de cap, avînd caracter de strîngere sau de tensiune, care nu cedează la analgezice (medicamente împotriva durerii).
- Vărsăturile în jet, care apar în momentul în care durerile de cap sînt mai intense, ameliorîndu-le.
- Tulburările de conştienţă (obnubilare), cu lentoare şi somnolenţă.

◆ **Investigaţii**

O explorare simplă numită examenul fundului de ochi (explorarea retinei, vizibilă prin transparenţa ochiului, cu ajutorul unei lupe speciale) descoperă anomalii la nivelul nervului optic (edem papilar), semn indirect de hipertensiune intracraniană. Tomografia computerizată şi examenul IRM cerebral permit stabilirea diagnosticului şi descoperirea cauzei. Puncţia lombară este contraindicată, întrucît riscă să agraveze starea bolnavului, producînd o scădere bruscă a presiunii la nivel cerebral.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este o suferinţă a creierului, care este comprimat şi împins spre baza craniului în orificiul care duce spre măduva spinării: se vorbeşte în acest caz de „angajare". Ea se manifestă prin tulburări ale stării de conştienţă pînă la comă, crize convulsive şi evoluţie spre stop cardiorespirator. În forma „benignă" nu se produce angajare, dar este influenţat prognosticul vizual, cu risc de compresie asupra nervului optic, care poate duce la orbire.

◆ **Tratament**

Tratamentul este în primul rînd cel al cauzei. Poate fi completat în urgenţă prin administrarea de corticoizi sau de perfuzii cu substanţe care reduc tranzitoriu edemul cerebral (de exemplu manitol). În unele cazuri este posibilă şi instalarea unui cateter care evacuează lichidul cefalorahidian spre torace sau abdomen, de unde este resorbit, ceea ce reduce, de asemenea, presiunea la nivel cerebral.

HIPERTENSIUNEA PORTALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Creşterea presiunii sangvine în vena portă [A 7-25], care duce spre ficat sîngele provenit de la nivelul intestinelor. Principalele cauze sînt unele afecţiuni ale ficatului, în special ciroza, care împiedică scurgerea normală a sîngelui prin ficat. Mai rar, poate fi vorba despre tumori la nivelul ficatului sau al organelor situate în apropiere, cum ar fi pancreasul, care comprimă vena portă.

◆ **Frecvenţă**

Frecvenţa este ridicată, din cauza celei a cauzei principale, ciroza hepatică, în special de origine alcoolică.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt creşterea în volum a splinei (splenomegalie), apariţia unor vene la nivelul peretelui abdominal (circulaţie colaterală), ascita (prezenţa de lichid în abdomen) şi dezvoltarea de varice esofagiene, din cauza faptului că sîngele, care nu mai poate traversa ficatul, găseşte o derivaţie, dar dilată venele care nu sînt prevăzute pentru a transporta un asemenea volum de sînge.

◆ **Investigaţii**

Ecografia, tomografia computerizată şi examenul IRM de abdomen permit stabilirea diagnosticului şi detectarea cauzei hipertensiunii portale.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Complicaţia cea mai gravă este hemoragia digestivă prin ruptura varicelor esofagiene. Splina, al cărei rol normal este acela de a elimina celulele sangvine îmbătrînite, este mărită de volum şi funcţionează excesiv, ceea ce antrenează o scădere a numărului de plachete sangvine (trombocitopenie) şi de hematii (anemie): se vorbeşte atunci de hipersplenism.

◆ **Tratament**

Tratamentul este cel al cauzei, dar, în cazul cirozei hepatice, nu se poate încerca decît oprirea evoluţiei şi mai ales

prevenirea complicaţiilor acesteia, în special a rupturii varicelor esofagiene. Pentru aceasta, se pot utiliza medicamente (din clasa betablocantelor, de exemplu propranolol), sclerozarea sau ligatura varicelor. Un alt mijloc este devierea sîngelui pe alte căi: intervenţia chirurgicală care leagă vena portă direct de vena cavă inferioară, ceea ce scurt-circuitează ficatul (din ce în ce mai puţin practicată), sau plasarea unui cateter în ficat trecînd prin vena jugulară (TIPS: transjugular intrahepatic portal systemic shunt).

◆ Prevenţie

Prevenţia constă în special în combaterea alcoolismului şi profilaxia hepatitelor virale B şi C care pot duce de asemenea la ciroză.

HIPERTERMIA MALIGNĂ

◆ Definiţie şi cauze

Tulburare caracterizată printr-o creştere rapidă a temperaturii corpului în timpul utilizării anumitor anestezice (sub formă de gaz, cum ar fi halotanul, sau de curarizante injectabile, precum succinil colina (Lysthenon®, Suxamethonium Chloride). Cauza este cel mai adesea o anomalie ereditară care priveşte comanda nervoasă a muşchilor.

◆ Frecvenţă

Frecvenţa de apariţie a hipertermiei maligne este de 1/40 000 (pentru forma ereditară este cuprinsă între 1/50 000 şi 1/100 000).

◆ Semne şi simptome

Febra este cuprinsă între 39 şi 42°C. Este însoţită de contracturi musculare, scăderea tensiunii arteriale, oxigenare deficitară a sîngelui tradusă prin cianoză (coloraţie albastră a buzelor şi extremităţilor degetelor) şi tulburări de ritm cardiac.

◆ Investigaţii

La distanţă de accident, o serie de teste efectuate asupra fibrelor musculare prelevate de la pacient permit stabilirea diagnosticului (dar realizarea acestora este dificilă).

◆ Evoluţie şi complicaţii

În lipsa tratamentului imediat, evoluţia se face spre deces

◆ Tratament

Presupune întreruperea imediată a intervenţiei chirurgicale, întreruperea administrării de anestezice, răcirea pacientului şi injectarea intravenoasă a unui anumit medicament, dantrolenul.

◆ Prevenţie

Detectarea familiilor cu risc este esenţială. Prevenţia constă în interzicerea substanţelor implicate şi administrarea preventivă de dantrolen în zilele dinaintea intervenţiei.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ PULMONARĂ PRIMITIVĂ

Definiţie şi cauze

Afecţiune caracterizată printr-o ocluzie a arterelor pulmonare [A 6-35] de calibru mijlociu şi mic. Cauza este necunoscută.

◆ Frecvenţă

Foarte rară. Vîrsta de apariţie se situează cel mai frecvent între 30 şi 40 ani, cu o predominanţă a sexului feminin. Au fost incriminate anumite substanţe anorexigene (medicamente care „taie" foamea).

◆ Semne şi simptome

Principalul semn este dificultatea în respiraţie, care apare la efort şi se agravează progresiv. Pot apărea dureri toracice şi sincope.

◆ Investigaţii

Ecografia cardiacă permite stabilirea diagnosticului prin măsurarea presiunii în artera pulmonară. Analiza numită dozarea gazelor sangvine, efectuată pe o probă de sînge prelevată de la nivelul unei artere (în general artera radială, la nivelul articulaţiei pumnului) arată o scădere a concentraţiei de oxigen în sînge (hipoxemie) asociată cu o scădere a concentraţiei dioxidului de carbon (hipocapnie), care reflectă funcţionarea defectuoasă a plămînilor.

◆ Evoluţie şi complicaţii

Este o boală gravă, care evoluează rapid către o insuficienţă cardiacă severă.

◆ Tratament

Puţine medicamente sînt realmente

eficace. Sînt indicate anticoagulantele (medicamente care fluidifică sîngele şi împiedică formarea de cheaguri). În caz de eşec, singura soluţie este transplantul pulmonar sau transplantul „cord-pulmon", care permite vindecarea, dar a cărui fezabilitate este limitată din cauza numărului redus de donatori potenţiali.

HIPERTIROIDIA

◆ **Definiţie şi complicaţii**

Funcţionare excesivă a tiroidei [A 10], avînd ca rezultat creşterea producţiei de hormoni tiroidieni, a cărei consecinţă este tireotoxicoza. Principalele cauze sînt unele afecţiuni tiroidiene (boala Basedow, noduli tiroidieni, guşă, tiroidită etc.) sau o supraîncărcare cu iod, adesea de origine medicamentoasă.

◆ **Frecvenţă**

Afectează 1–2% din populaţie, cu o predominanţă netă a sexului feminin.

◆ **Semne şi simptome**

Toate semnele de tireotoxicoză se raportează la accelerarea metabolismului (funcţionarea diferitelor organe): nervozitate, tremurături, accelerarea frecvenţei cardiace (tahicardie), scădere în greutate, sete, transpiraţii excesive, senzaţie de căldură excesivă, diaree, slăbiciune musculară. Apare creşterea în volum a tiroidei (guşă) sau un nodul tiroidian şi, în cazul bolii Basedow, afectarea globilor oculari, care par să iasă din orbite (exoftalmie).

◆ **Investigaţii**

Dozarea hormonilor tiroidieni confirmă diagnosticul. Investigarea cauzei cuprinde o ecografie, o scintigrafie tiroidiană (injectarea de iod radioactiv care se fixează în tiroidă, permiţînd evaluarea funcţiei acesteia şi detectarea nodulilor) precum şi identificarea unor anticorpi caracteristici îndreptaţi împotriva ţesuturilor tiroidiene (anticorpi anti-receptori pentru TSH în boala Basedow).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este posibilă regresia spontană (în tiroidită, administrare de iod). Evoluţia se face în puseuri (în boala Basedow) sau spre agravare progresivă. Principala complicaţie este criza acută tireotoxică, ce constă în: febră ridicată, deshidratare şi insuficienţă cardiacă, evoluînd spre comă şi moarte în lipsa tratamentului. În boala Basedow apar complicaţii oftalmice.

◆ **Tratament**

Este variabil în funcţie de cauză şi poate fi, singur sau în asociere, medical (repaus, betablocante, care încetinesc metabolismul şi antitiroidiene de sinteză, care inhibă hiperfuncţia tiroidiană), chirurgical (ablaţia unei părţi a tiroidei) sau radioizotopic (distrugerea ţesuturilor tiroidiene implicate cu iod radioactiv).

HIPOCRATISMUL DIGITAL

Creşterea extremităţii degetelor de la mîini, uneori şi de la picioare, însoţită de bombarea şi îngroşarea unghiilor. Degetele iau aspect de „beţe de toboşar" şi sînt uneori dureroase. Mecanismul de apariţie este necunoscut. Poate fi ereditar, dar se întîlneşte frecvent la persoane care suferă de afecţiuni pulmonare (bronşită cronică, dilataţii ale bronhiilor, abces, cancer etc.), mai rar de malformaţii cardiace congenitale (prezente de la naştere) sau de afecţiuni intestinale cronice (boală Crohn, rectocolită ulcerohemoragică). Tratamentul bolii cauzale permite în general regresia acestor deformări.

HIPOGLICEMIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Scăderea glicemiei sub 0,50 g/l (2,75 mmol/l). Cauzele cele mai frecvente sînt diabetul, alcoolul şi medicamentele. Sînt, de asemenea, frecvente aşa-numitele hipoglicemii funcţionale, care survin după mese şi sînt legate de secreţia bruscă şi excesivă de insulină ca urmare a ingestiei unei cantităţi prea mari de dulciuri.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune foarte frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele cele mai frecvente sînt: senzaţie de foame, palpitaţii, dureri de cap, transpiraţii, paloare, tulburări de vedere, dificultate de concentrare şi tulburări de dispoziţie. De fapt, orice semn sau simptom neurologic apărut brusc (agitaţie,

convulsii, comă etc.) pot fi datorate unei hipoglicemii.

◆ **Investigații**

Dozarea glucozei în sînge se face foarte rapid cu ajutorul unor aparate simple care utilizează o picătură de sînge prelevată, printr-o înțepătură, din vîrful degetului (glicemie capilară).

◆ **Evoluție și complicații**

Repetarea frecventă sau durata prelungită a hipoglicemiilor pot antrena sechele neurologice.

◆ **Tratament**

Se bazează pe aportul rapid de dulciuri (zahăr pudră, suc de fructe etc.) pe cale orală sau, în caz de tulburări de conștiență, pe injectarea de glucagon (hormon care se opune acțiunii insulinei și crește concentrația de glucoză din sînge) intramuscular și mai ales de ser glucozat, pe cale intravenoasă. La trezire este indispensabilă administrarea unui supliment de glucide cu absorbție lentă (pîine din mai multe cereale), pentru a evita o recădere.

◆ **Prevenție și educație**

Prevenția constă în educarea adecvată a pacientului diabetic pentru a învăța să își dozeze alimentația în funcție de activitate și de dozele de medicamente, mai ales atunci cînd își administrează insulină.

HIPOGONADISMUL

◆ **Definiție și cauze**

Deficit de funcționare a glandelor sexuale sau gonadelor (testicule la bărbat și ovare la femeie), afectînd în același timp producția de hormoni și funcția de reproducere. Cauzele pot fi genetice (sindrom Turner, Klinefelter, Kallman-Morsier etc.), cu testicule și ovare anormale, dar de cele mai multe ori este vorba despre o anomalie a hipotalamusului și hipofizei, care comandă glandele sexuale (tumori, probleme de nutriție la femei etc.)

◆ **Frecvență**

Multitudinea cauzelor face această afecțiune relativ frecventă.

◆ **Semne și simptome**

Circumstanțele de descoperire sînt variabile în funcție de cauză: anomalie a caracterelor sexuale la băieți, anomalie de dezvoltare la pubertate la băieți și fete, apariția de tulburări menstruale la femei sau infertilitate, mai rar semne de deficit de hormoni masculini la bărbați (scăderea libidoului, reducerea pilozității și a dimensiunilor testiculelor etc.).

◆ **Investigații**

Diferitele investigații utile sînt bilanțul hormonal, tomografia computerizată și examenul IRM cerebral în căutarea unei eventuale tumori, spermograma (analiza numărului și a calității spermatozoizilor) și cariotipul (analiza cromozomilor).

◆ **Evoluție și complicații**

În cazul anomaliilor la nivelul hipofizei și al hipotalamusului, diferitele tratamente permit, în general, restabilirea fertilității.

◆ **Tratament**

Dacă nu există dorința de procreare, tratamentul se limitează la aportul hormonilor deficitari (testosteron la bărbați, estrogeni la femei). Tratamentul infertilității utilizează preparate pe bază de hormoni care stimulează producția de spermatozoizi și ovulația.

HIPOPARATIROIDISMUL

◆ **Definiție și cauze**

Afecțiune care antrenează o insuficiență în secreția de către glandele paratiroide [A 10-9(2)] a parathormonului (PTH) care intervine în reglarea concentrației calciului în organism. Consecința este un deficit de calciu (hipocalcemie). Cauza cea mai frecventă este reprezentată de sechelele intervențiilor chirurgicale pe tiroidă, întrucît glandele paratiroide, patru la număr, sînt foarte mici și sînt uneori îndepărtate din greșeală în timpul intervenției. Mai rar, poate fi vorba de o afecțiune prezentă de la naștere (congenitală) sau se poate integra într-o boală endocrină mai complexă (sindromul autoimun poliglandular de tip I).

◆ **Frecvență**

Rar.

◆ **Semne și simptome**

Semnele sînt cele ale hipocalcemiei, cu acces acut de tetanie: senzație de

înțepături la nivelul mîinilor și al buzelor, contractura mușchilor mîinii, cu apropierea degetelor sub formă de con. La sugar se poate produce spasmul laringelui (laringospasm), cu tulburări respiratorii sau convulsii.

Investigații

Analizele sangvine arată o scădere a concentrației de calciu și uneori de parathormon, precum și o creștere a celei de fosfor. Concentrația de calciu în urină este redusă. Electrocardiograma (înregistrarea activității electrice a inimii) arată semne tipice, iar electromiograma (înregistrarea activității electrice a mușchilor) arată o hiperexcitabilitate musculară.

Evoluție și complicații

În absența tratamentului adecvat, complicațiile pe termen lung afectează ochii (cataractă) și pielea (piele uscată, unghii striate și friabile, păr fragil).

Tratament

În timpul acceselor acute se impune injectarea intravenoasă de calciu (gluconat de calciu). Tratamentul pe termen lung presupune administrarea de calciu și vitamina D.

HIPOPITUITARISMUL (VEZI) INSUFICIENȚA HIPOFIZARĂ

HIPOSPADIASUL

Malformație foarte frecventă a uretrei (afectează un băiat din 300), caracterizată prin poziția anormală a deschiderii meatului urinar (orificiul extern al uretrei, prin care se scurge urina), care este situată mai în spate pe gland în formele minore, sau chiar pe fața inferioară a penisului sau la nivelul joncțiunii dintre penis și scrot în unele cazuri [A 15]. Se asociază adesea cu o deviație a penisului. Tratamentul este chirurgical și dă rezultate excelente.

HIPOTENSIUNEA ARTERIALĂ ORTOSTATICĂ

Scăderea tensiunii arteriale la trecerea din poziția culcat la poziția în picioare. Se poate însoți de stare de rău, amețeli, tulburări de vedere și uneori pierdere de conștiență. Principalele cauze sînt efectele secundare ale unor medicamente, îmbătrînirea și perioadele de după mese. Numeroase afecțiuni (neurologice, endocrine etc.) pot fi, de asemenea, implicate. Tratamentul este în principal cel al cauzei. În plus se recomandă pacienților să se ridice din pat în etape: de exemplu, să se așeze întîi pe marginea patului și să aștepte înainte de a se ridica în picioare.

HIPOTERMIA

◆ **Definiție și cauze**

Temperatură a corpului sub 35°C. Principalele cauze sînt funcționarea inadecvată a sistemelor de reglare a temperaturii la persoane fragile expuse la un frig moderat (copii, bătrîni, intoxicați aflați în comă, persoane fără adăpost etc.), precum și expunerea la un frig puternic în condiții extreme (munte, înec). Unele infecții severe se pot, de asemenea, traduce în cursul evoluției lor printr-o scădere a temperaturii, iar anumite disfuncții hormonale, ca hipotiroidia, pot fi, de asemenea, implicate.

◆ **Frecvență**

Este o problemă întîlnită relativ frecvent în urgențele din spital, chiar dacă pacienții respectivi au fost internați din alte motive.

◆ **Semne și simptome**

Pielea este rece și lividă. Frisoanele dispar sub 34°C și fac loc unei rigidități progresive. Sub 32°C apar tulburări ale stării de conștiență care se agravează progresiv pînă la comă liniștită, cu reducerea mișcărilor respiratorii, încetinirea pulsului și hipotensiune spre 28°C. Aceste semne traduc încetinirea progresivă a metabolismului (funcționarea organelor).

◆ **Investigații**

Temperatura trebuie supravegheată cu termometre speciale, care permit efectuarea de măsurători continue (sondă introdusă în anus, de exemplu).

◆ **Evoluție și complicații**

În lipsa tratamentului, evoluția se face

către stop cardiorespirator. În timpul reîncălzirii, principalul risc este apariţia unor tulburări de ritm cardiac, potenţial mortale, care necesită o supraveghere specială (monitoare de control cu alarme).

◆ **Tratament**

Încălzirea nu trebuie să fie prea rapidă, pentru a evita complicaţiile: creşterea temperaturii se face într-un ritm de 0,5–1°C pe oră. Trebuie încălzit mai întîi centrul corpului, şi nu membrele. Mijloacele utilizate sînt împachetările calde ale toracelui, spălăturile gastrice cu lichide calde, perfuzarea de lichide încălzite, ventilarea cu aer încălzit dacă bolnavul se află sub respiraţie artificială etc. În unele cazuri şi în anumite centre specializate există sisteme care permit prelevarea de sînge şi reinjectarea acestuia după încălzire: este vorba despre aparate pentru circulaţie extracorporală utilizate şi ca substituenţi ai inimii în intervenţiile de chirurgie cardiacă.

◆ **Prevenţie**

Principala măsură de prevenţie priveşte protecţia persoanelor fără adăpost şi a vîrstnicilor (măsuri sociale).

HIPOTIROIDIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Insuficienţă de secreţie hormonală a glandei tiroide [A 10-3(2)] care antrenează o încetinire a întregului metabolism (funcţionarea organelor). Principalele cauze sînt: degenerescenţa legată de îmbătrînire, unele afecţiuni tiroidiene (tiroiditele), medicamente (în special amiodarona), sechelele unor tratamente (iod radioactiv, ablaţia chirurgicală a tiroidei, radioterapie) sau carenţa de iod (devenită rară de la adăugarea sistematică de iod în sarea de bucătărie). În formele prezente de la naştere (congenitale), este vorba despre disfuncţia unor glande (hipotalamus şi hipofiză) situate în creier şi care produc hormoni ce comandă sinteza hormonilor fabricaţi de tiroidă.

◆ **Frecvenţă**

Forma simplă, avînd în general puţine simptome, afectează [illegible]% dintre bărbaţi, [illegible] femei şi pînă la 10% din populaţia vîrstnică. Apare cu precădere la femeile peste 40 ani, cu o creştere netă a frecvenţei după 75 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Apariţia semnelor este adesea progresivă. Este vorba de o asociere a următoarelor semne: umflarea feţei, a mîinilor şi a picioarelor (numită mixedem), antrenînd o creştere în greutate; rărirea părului şi unghii friabile; lentoare cu scăderea capacităţilor fizice, intelectuale şi sexuale; crampe musculare; respiraţie dificilă la eforturi; anorexie şi constipaţie; intoleranţă la frig şi temperatură corporală constant scăzută.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul este asigurat de dozarea hormonilor în sînge, completată eventual de teste de stimulare a secreţiei acestora.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Sub tratament, prognosticul este excelent. Complicaţia cea mai gravă este coma mixedematoasă frecvent mortală, dar din fericire excepţională. Celelalte complicaţii sînt de natură cardiacă (infarct, insuficienţă cardiacă).

◆ **Tratament**

Se bazează pe aportul de hormoni sintetici sub formă de picături sau comprimate.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Tratamentul trebuie urmat toată viaţa. Pacientul trebuie informat asupra utilităţii respectării tratamentului, precum şi asupra semnelor de sub- sau supradozare, pentru a evita complicaţiile.

HIPOTIROIDIA COPILULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Insuficienţă totală sau parţială de funcţionare a glandei tiroide [A 10-3(2)]. Principalele cauze sînt:

1. Absenţa completă a tiroidei.
2. Dezvoltarea unei tiroide în poziţie anormală, în general la nivelul bazei limbii.
3. O tulburare a sintezei de hormoni tiroidieni.

◆ **Frecvenţă**

Este cea mai frecventă dintre bolile endocrine prezente de la naştere (congenitale), afectînd un copil din 3–4 000. De

la sfîrşitul anilor '70, testarea sistematică la naştere pe o simplă picătură de sînge a făcut să dispară formele clasice cu descoperire tardivă, care se traduceau prin retard psihomotor şi nanism („cretinismul" hipotiroidian).

Semne şi simptome

In prezent numai copiii care au scăpat testării la naştere pot prezenta semne care duc la suspectarea diagnosticului: talie mică şi întîrziere de dezvoltare osoasă, obezitate, lentoare psihică, dificultăţi şcolare.

Investigaţii

Dozarea hormonilor tiroidieni confirmă diagnosticul.

Evoluţie şi complicaţii

Tratamentul este în general eficient. În formele descoperite tardiv, întîrzierea în creştere nu poate fi recuperată complet şi pot persista unele dificultăţi psihice.

Tratament

Tratamentul constă din aportul hormonilor deficitari sub formă de picături sau de tablete.

Prevenţie şi educaţie

Testarea sistematică se face în a treia zi de viaţă pe sînge uscat (sugativă trimisă în laboratoare specializate). Rezultatele fals negative (copii bolnavi declaraţi normali) rămîn posibile şi impun dozarea hormonilor tiroidieni la orice copil cu talie mică.

HIPOTROFIA FETALĂ SAU RETARDUL DE CREŞTERE INTRAUTERINĂ

Definiţie şi cauze

Este vorba despre o greutate la naştere inferioară valorii normale aşteptate pentru vîrsta sarcinii măsurată în săptămîni şi numită vîrstă gestaţională. Cauzele sînt genetice (anomalii cromozomiale, boli metabolice etc.), toxice (alcool, droguri, medicamente etc. consumate de către mamă), infecţioase (toxoplasmoză, rubeolă etc.), placentare, uterine sau socio-economice. În 20% din cazuri cauza rămîne necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Circa 5% din copiii născuţi vii au o greutate la naştere sub 2 500 g. Hipotrofia este mai frecventă în caz de prematuritate.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

La copiii sub 1 000 g, mortalitatea şi sechelele neurologice sînt importante.

◆ **Tratament**

Transferul înainte de naştere al femeilor cu risc în centre adecvate (dispunînd de un serviciu de reanimare neonatală) este indispensabil. Naşterea declanşată sau prin cezariană va fi luată în discuţie în anumite cazuri, înainte să apară o suferinţă acută a fătului.

◆ **Prevenţie**

Evitarea cauzelor (cînd acest lucru este posibil), în special a celor toxice, precum şi supravegherea atentă în prezenţa factorilor de risc constituie bazele prevenţiei.

HIPOVENTILAŢIA ALVEOLARĂ PRIMITIVĂ DE ORIGINE CENTRALĂ SAU SINDROMUL ONDINE

◆ **Definiţie şi cauze**

Disfuncţie a sistemului de reglare automată a respiraţiei – situat la nivelul creierului – cel care determină accelerarea respiraţiei atunci cînd există prea puţin oxigen sau prea mult dioxid de carbon în sînge. În consecinţă, apar episoade în care organismul prezintă un deficit dramatic de oxigen, ceea ce poate duce la moarte.

◆ **Frecvenţă**

Este o boală rară, întîlnită în general la bărbaţi, între 20 şi 50 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă iniţial prin reducerea severă a activităţii respiratorii după administrarea de sedative sau de anestezice. În plus, apar letargie, somnolenţă în timpul zilei şi tulburări de somn.

◆ **Investigaţii**

Urmărirea unor parametri în timpul somnului, în special a nivelului de oxigen din sînge, permite confirmarea diagnosticului atunci cînd anomaliile nu pot fi explicate prin nici o boală cardiacă, pulmonară sau neurologică.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Principalele complicaţii sînt consecinţele asupra funcţiei inimii, cu dezvoltarea unei insuficienţe cardiace. În plus, pentru a compensa aportul deficitar de oxigen la ţesuturi, organismul produce mai multe (poliglobulie), ceea ce face sîngele mai vîscos, cu riscul formării de cheaguri.

◆ **Tratament**
Mijloacele utilizate sînt stimulantele respiratorii, administrarea de oxigen sau ventilaţia cu mască în timpul nopţii.

HIRSCHPRUNG (BOALA) SAU MEGACOLONUL CONGENITAL

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală congenitală (prezentă de la naştere) determinată de o anomalie de inervaţie a muşchilor unei părţi a intestinului, în general a colonului. Aceasta se traduce printr-o contracţie permanentă a acestor muşchi, care împiedică progresia alimentelor în curs de digerare, ceea ce antrenează dilatarea porţiunii de intestin afectate.

◆ **Frecvenţă**
Afectează un copil din 5 000 la naştere, predominant băieţii. Riscul este de 50 ori mai mare dacă există deja un caz în familie.

◆ **Semne şi simptome**
Boala se poate manifesta încă de la naştere sau la sugar în primele luni de viaţă. Principalele semne sînt întîrzierea eliminării meconiului (primul scaun al nou-născutului), precum şi semne de ocluzie cu vărsături biliare şi balonare importantă. Copilul este constipat, avînd scaune rare şi foarte tari.

◆ **Investigaţii**
Explorarea radiologică constă dintr-o radiografie abdominală, urmată de o clismă cu o substanţă care opacifiază intestinul (irigografie). Acestea pot fi completate de măsurarea presiunii în rect (manometria rectală).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Evoluţia este gravă în lipsa tratamentului. Complicaţiile sînt: ocluzia, peritonita prin perforarea intestinului şi o inflamaţie a intestinului care poate antrena moartea ţesuturilor prin întreruperea aportului de sînge (enterocolita ulceronecrozantă). Tratamentul chirurgical permite în general rezolvarea situaţiei, dar uneori lungimea segmentului de intestin afectat poate pune probleme.

◆ **Tratament**
Montarea unei sonde rectale şi clismele pentru evacuarea scaunelor preced tratamentul chirurgical. Intervenţia constă în înlăturarea segmentului de intestin afectat.

HIRSUTISMUL

◆ **Definiţie şi cauze**
Dezvoltarea la femeie a unei pilozităţi abundente de tip masculin în zone lipsite în mod normal de păr. Cauza cea mai frecventă este una familială, cu o creştere a sensibilităţii la androgeni (hormoni masculini) a receptorilor firelor de păr. În alte cazuri este vorba de o supraproducţie de androgeni de către glandele suprarenale (hiperplazie sau tumoră) sau de către ovare (sindrom Stein-Leventhal sau tumoră), sau de efecte secundare ale unor medicamente, în special corticoizii luaţi în doză mare pe o perioadă lungă.

◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune relativ frecventă şi cu impact psihologic important.

Semne şi simptome
Primele semne apar frecvent la pubertate şi se accentuează cu vîrsta. Fire de păr tari, lungi şi de aceeaşi culoare cu părul capului sînt prezente pe faţă, mameloane şi între sîni, pe linia mediană abdominală, cu o pilozitate pubiană de formă rombică şi care urcă spre ombilic şi pe porţiunea superioară a coapselor. Cînd cauza este o supraproducţie la nivelul glandelor suprarenale sau al ovarelor, apar semne de exces de hormoni masculini (hiperandrogenism): voce groasă, acnee, căderea părului de la nivelul frunţii şi al tîmplelor, hipertrofia muşchilor şi a clitorisului, menstruaţie neregulată.

◆ **Investigaţii**
Bilanţul cuprinde dozarea hormonilor în sînge precum şi o ecografie sau o tomografie computerizată pentru vizualizarea glandelor suprarenale şi a ovarelor.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
In forma clasică sau legată de medicamente, tratamentul este foarte eficient şi permite regresia tulburărilor. În cazul unei afecţiuni a glandelor suprarenale sau a ovarelor, prognosticul depinde de cauză.

◆ **Tratament**
In forma clasică se utilizează medicamente care se opun efectelor hormonilor masculini (antiandrogeni, de exemplu ciproteron [Androcur®]) asociate cu estrogeni, care sînt hormoni feminini. Epilarea este o măsură complementară utilă. În celelalte forme, tratamentul este cel al cauzei.

HISTIOCITOZA X

◆ **Definiţie şi cauze**
Grup de afecţiuni de cauză necunoscută, caracterizate prin proliferarea histiocitelor sau a celulelor Langerhans (celule derivate din globulele albe), care poate fi localizată în anumite ţesuturi (oase, plămîni, piele) sau generalizată în tot organismul.

◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune rară. Formele generalizate se întîlnesc mai ales la copilul mic, iar formele localizate în anumite organe la adult.

◆ **Semne şi simptome**
Afectarea osoasă se caracterizează printr-o distrugere localizată care se traduce printr-un fel de „lacune" vizibile pe radiografii şi care pot duce la apariţia de fracturi. Afectarea pulmonară se manifestă adesea printr-o inflamaţie a bronhiilor mici (bronşiolită) care antrenează o dificultate în respiraţie. La nivelul pielii (şi mucoasele pot fi afectate) apare o erupţie cu ulceraţii (mici răni care nu se vindecă).

◆ **Investigaţii**
Prelevarea unui mic fragment de ţesut pentru examinarea la microscop (biopsia) permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Evoluţia şi gravitatea bolii depind de extinderea ei şi de organele afectate. Formele diseminate ale copilului sînt mortale în lipsa tratamentului.

◆ **Tratament**
Medicamentele utilizate sînt corticoizii şi, în caz de eşec, citostaticele. Leziunile osoase necesită tratament chirurgical.

HODGKIN (BOALA)

◆ **Definiţie şi cauze**
Cancer al sistemului limfatic (limfom) care afectează mai ales ganglionii [A 8]. Ganglionii afectaţi sînt cei de la nivelul gîtului, din axile, din mediastin (zonă din interiorul toracelui, situată între plămîni şi care conţine inima) şi din regiunea inghinală; splina şi ficatul pot fi, de asemenea, implicate.

◆ **Frecvenţă**
Nu este frecvent întîlnită. Această boală apare la orice vîrstă, dar se declanşează frecvent între 20 şi 30 ani.

◆ **Semne şi simptome**
De cele mai multe ori, descoperirea se face pe baza constatării unor ganglioni măriţi de volum (adenopatii) la nivelul gîtului sau deasupra claviculei. În alte cazuri, ganglionii anormali situaţi la nivelul mediastinului sînt descoperiţi pe o radiografie toracică efectuată pentru investigarea unei tuse, a unei dificultăţi în respiraţie sau a unei dureri în piept. Uneori, în special în formele extinse, apar semne generale: febră, scădere ponderală şi transpiraţii nocturne.

◆ **Investigaţii**
Prelevarea unui mic fragment de ganglion pentru examinarea la microscop (biopsia) permite stabilirea diagnosticului, arătînd prezenţa de celule Sternberg, caracteristice bolii. Bilanţul extensiei ganglionilor afectaţi cuprinde o tomografie computerizată de torace şi abdomen, o ecografie de splină şi de ficat şi, eventual, prelevarea unui eşantion de mădu-

vă osoasă şi de ficat pentru examinarea la microscop.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Gravitatea bolii este legată de extensia ei la diferitele grupe ganglionare (una sau mai multe grupe, de o singură parte sau de ambele părţi ale diafragmului) de existenţa unei afectări a splinei şi de prezenţa semnelor generale. Tratamentul a înregistrat progrese enorme şi permite vindecarea în aproape toate cazurile în formele cu extensie redusă. În celelalte cazuri rezultatele sînt mai puţin bune. Este necesară supravegherea periodică, deoarece pot apărea recăderi. Principalele complicaţii, în special pulmonare, apar mai tardiv şi sînt legate de sechelele tratamentelor.

◆ **Tratament**

Constă din radioterapie şi chimioterapie, după protocoale standardizate în funcţie de extensia bolii.

HOLERA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă acută determinată de dezvoltarea în intestin a unei bacterii, vibrionul holeric, a cărei transmitere se face prin ingestia de apă sau alimente contaminate. Intervalul de timp dintre momentul contaminării şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 6–24 ore.

◆ **Răspîndire**

Boala este prezentă în Asia, Africa, Orientul Mijlociu şi în America de Sud, sub formă de epidemii sezoniere.

◆ **Semne şi simptome**

Simptomele sînt variabile. În forma gravă, semnul principal este o diaree lichidă, limpede („apă de orez“), fără dureri abdominale, fără febră, fără sîngerări, asociată cu vărsături, care poate atinge cîţiva litri pe zi şi poate antrena o deshidratare severă.

◆ **Investigaţii**

Se efectuează analiza scaunului pentru detectarea germenelui. Analizele sangvine permit evaluarea gradului de deshidratare (ionogramă şi bilanţ al funcţiei renale).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie în caz de întîrziere a iniţierii tratamentului este scăderea severă şi persistentă a tensiunii arteriale, care poate duce la deces. Dimpotrivă, sub tratament evoluţia este bună, cu mortalitate redusă.

◆ **Tratament**

Se bazează pe corectarea deshidratării (pierderea de apă şi săruri), asociată cu tratament antibiotic (fluroquinolone ca de ex. ofloxacină sau trimetoprim-sulfametoxazol [Biseptol]).

◆ **Prevenţie**

Vaccinarea are o eficienţă limitată la 70% şi care dealtfel nu durează decît 3-5 luni. Ea nu este, deci recomandată, cu excepţia ţărilor care o cer, iar prevenţia se bazează doar pe măsurile de igienă. Bolnavul va fi izolat, ca şi persoanele care au venit în contact cu el (timp de 5 zile, cu analiza scaunului).

HORTON (BOALA) SAU ARTERITA TEMPORALĂ SAU ARTERITA CU CELULE GIGANTE

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală cronică definită printr-o inflamaţie a vaselor mari, în special a arterelor craniului (artera temporală). Cauza suspectată este o anomalie a mecanismelor de apărare ale organismului, care se întorc împotriva propriilor ţesuturi (boală autoimună). În aproape jumătate din cazuri se asociază o boală reumatică, pseudo-poliartrita rizomelică.

◆ **Frecvenţă**

Este o boală frecventă, al cărei număr de cazuri creşte după 60 ani, cu un maxim de frecvenţă între 70 şi 80 ani şi o uşoară predominanţă feminină.

◆ **Semne şi simptome**

Tabloul tipic asociază:

1. O durere de cap severă, localizată în special la nivelul tîmplelor.
2. Durere la palparea arterei temporale.
3. Afectare oculară (scădere marcată a acuităţii vizuale).

În unele cazuri nu apar decît febră redusă şi oboseală accentuată.

Investigații

Cel mai bun parametru sangvin pentru evidențierea inflamației este creșterea importantă a vitezei de sedimentare a hematiilor (VSH > 100 mm la o oră). Diagnosticul se confirmă prin examinarea la microscop a unui mic fragment de țesut prelevat de la nivelul arterei temporale (biopsie), care arată clasicele „celule gigante".

Evoluție și complicații

Este o boală gravă, care poate duce la orbire în lipsa tratamentului. Diagnosticul și tratamentul precoce permit regresia completă a semnelor la majoritatea pacienților.

♦ Tratament

Odată diagnosticul confirmat, tratamentul cu doze mari de corticoizi reprezintă o urgență. Tratamentul va fi continuat cu doze progresiv descrescătoare timp de cel puțin un an.

ERUL LA LAPTELE MAMĂ

Definiție și cauze

Colorație galbenă a pielii (icter) care apare spre a 5-a sau a 6-a zi de viață la copiii hrăniți la sîn. Este determinat de acumularea de bilirubină (pigment provenit din degradarea hemoglobinei și principal colorant al bilei). Cauza este prezența în laptele unor mame a unei mari cantități de enzime care împiedică o bună eliminare a bilirubinei la copil. Riscul este mai important în caz de „furia laptelui" precoce.

Frecvență

Afectează 1–3% din copiii hrăniți la sîn.

Semne și simptome

Se limitează la un icter simplu, moderat și izolat.

Investigații

Nivelul bilirubinei în sînge este moderat crescut.

Evoluție și complicații

Persistă mai multe săptămîni în caz de continuare a alăptării, dar dispare în cîteva zile dacă aceasta este întreruptă.

Tratament

Încălzirea laptelui matern la 56°C (distrugerea enzimelor responsabile) pentru o vreme este eficientă, ulterior fiind posibilă reluarea alăptării normale.

Educație

Alăptarea poate fi continuată fără probleme, dar trebuie ca mama să învețe să încălzească sistematic laptele, după utilizarea unei pompe de muls.

ERUL NEONATAL

◆ **Definiție și cauze**

Colorație galbenă a pielii (icter) care apare la naștere din acuza unei acumulări de bilirubină, pigment rezultat din degradarea hemoglobinei și principal colorant al bilei. În icterul simplu este vorba despre o întîrziere a maturării enzimelor care asigură transformarea corectă a bilirubinei. Celelalte cauze sînt: prematuritatea, incompatibilitatea de grup sangvin sau de Rh între mamă și făt, infecții, o serie de boli genetice sau anomalii ale căilor biliare [A 12(3)].

◆ **Frecvență**

Icterul simplu afectează 30–50% din copiii normali născuți la termen.

◆ **Semne și simptome**

Apariția în a doua sau a treia zi de viață a unui icter izolat, fără altă anomalie, de intensitate moderată. Orice icter care apare înaintea primei zile de viață este anormal și riscă să se agraveze. Orice icter asociat cu decolorarea completă și permanentă a scaunului cu durată de peste 8 zile este, pînă la proba contrarie, o malformație a căilor de scurgere a bilei (atrezia căilor biliare), care constituie o urgență chirurgicală.

◆ **Investigații**

Bilanțul sangvin presupune nu numai dozarea bilirubinei, dar și o serie de teste pentru determinarea unei eventuale cauze a acestui icter (hemogramă, grup sangvin și Rh, test Coombs direct, albuminemie).

◆ **Evoluție și complicații**

Icterul simplu trebuie să dispară în a patra sau a cincea zi; dacă nu dispare trebuie căutată o altă cauză. O complicație gravă, dar din fericire excepțională în prezent datorită aplicării precoce a tratamentului adecvat, este afecțiunea neurologică numită icter nuclear, care corespunde fixării bilirubinei pe celulele din creier.

◆ **Tratament**

Constă din fototerapie (expunerea la lumină puternică), a cărei radiaţie degradează bilirubina de la nivelul pielii. În anumite cazuri, este indicată înlocuirea completă a sîngelui sugarului (exsangvinotransfuzie), dacă nivelul bilirubinei devine periculos.

◆ **Prevenţie**

Prevenţia implică depistarea înainte de naştere sau imediat după aceasta, a incompatibilităţilor sangvine dintre mamă şi făt, precum şi a infecţiilor, pentru a institui o supraveghere şi un tratament precoce.

ICTUSUL LARINGIAN

Pierdere de conştienţă survenită în cursul unui acces de tuse violent şi prelungit. Cauza este o creştere a presiunii din interiorul toracelui, care împiedică întoarcerea sîngelui spre inimă, ceea ce antrenează o scădere a debitului cardiac şi a tensiunii arteriale. Ictusul laringian apare preponderent la pacienţi obezi, care suferă de bronşită cronică.

IHTIOZA VULGARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune cutanată ereditară caracterizată printr-o îngroşare a pielii cu aspect de „solzi“. Transmiterea se face dominant, ceea ce înseamnă că este suficient ca unul dintre părinţi să aibă boala şi să transmită gena defectă pentru ca şi copilul să fie afectat.

◆ **Frecvenţă**

Boală relativ frecventă, care afectează o persoană din 300.

◆ **Semne şi simptome**

Pielea este normală la naştere, dar la vîrsta de 1–2 ani devine uscată şi rugoasă, cu scuame fine (lamele de piele) care se detaşează. Zonele afectate în mod special sînt spatele şi membrele, dar fără a atinge pliurile. Firele de păr sînt adesea scoase în evidenţă de un mic con (keratoză pilară).

◆ **Investigaţii**

Simpla examinare a pielii este suficientă pentru stabilirea diagnosticului. În caz de dubiu se va efectua prelevarea unui fragment de piele (biopsie).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este cronică de-a lungul întregii vieţi, iar disconfortul este mai ales de natură estetică.

◆ **Tratament**

În formele moderate este suficient un simplu lapte hidratant. În formele mai severe sînt indicate substanţe care reduc producerea keratinei, adică a proteinei caracteristice a pielii (keratolitice locale, ca de exemplu vaselină salicilată, tretinoin [Airol®, Retin-A®, Smooderm®] etc.).

ILEUSUL BILIAR

◆ **Definiţie şi cauze**

Reprezintă o ocluzie intestinală provocată de trecerea unor calculi în intestin printr-o comunicare directă cu vezica biliară [12-4(1)]. Aceasta este secundară alipirii vezicii biliare inflamate, la tubul digestiv.

◆ **Frecvenţă**

Această complicaţie a litiazei biliare afectează frecvent persoanele vîrstnice.

◆ **Semne şi simptome**

Tabloul este cel al unei ocluzii ce afectează intestinul subţire, cu vărsături, dureri colicative, absenţa scaunelor şi a gazelor şi un abdomen foarte dureros, la nivelul căruia medicul poate palpa uneori o formaţiune tumorală.

◆ **Investigaţii**

Radiografia abdominală, completată eventual de o tomografie computerizată, permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Ocluzia evoluează cu intermitenţă şi perioade de acalmie, sau poate fi permanentă.

◆ **Tratament**

Tratamentul ocluziei intestinale este chirurgical: îndepărtarea calculului, uneori împreună cu o bucată de intestin, asociată frecvent cu eliminarea colecistului. Tratamentul precoce limitează posibilele complicaţii grave ale ocluziei (peritonită, septicemie cu stare de şoc).

◆ **Prevenţie**

Vezicula biliară nu este indispensabilă pentru a trăi în bună stare de sănătate. De la primul semn care pune în evidenţă prezenţa de calculi în vezicula biliară, ar

fi bine să fie îndepărtată, pentru a preveni orice tip de complicații. Este vorba despre o intervenție chirurgicală foarte simplă, care se practică din ce în ce mai des fără a deschide abdomenul (pe cale laparoscopică).

ILEUSUL PARALITIC

Definiție și cauze

Ocluzie intestinală provocată de o paralizie a intestinului subțire [A 12-13(1)], care nu permite alimentelor să înainteze prin tubul digestiv pentru a fi complet digerate. Cauza cea mai frecventă este peritonita (infecția generalizată a abdomenului). Alte cauze pot fi: tulburările circulației intestinale (mai ales la fumători, ale căror artere sînt deteriorate; se vorbește în acest caz de ischemie mezenterică), intervențiile chirurgicale pe abdomen, intoxicațiile sau lipsa de potasiu (hipokaliemia).

Semne și simptome

Apar dureri, distensie abdominală, vărsături și absența scaunelor și a gazelor. La auscultație, medicul găsește un abdomen silențios, în timp ce în mod normal sînt prezente în permanență „borborisme" care sînt semnul unei digestii active.

Investigații

Radiografia abdominală, completată eventual de o tomografie computerizată, permite stabilirea diagnosticului.

Evoluție și complicații

Evoluția este în general rapid favorabilă sub tratament și după eliminarea cauzei declanșatoare.

Tratament

Tratamentul cauzei este esențial. În așteptarea acestuia, pacientul este tratat cu medicamente pentru durere (analgezice), pentru colici (antispastice), alimentare prin perfuzii precum și plasarea în stomac a unei sonde care aspiră în permanență secrețiile care nu mai pot ajunge în intestin. Unii pacienți pot fi tratați prin decomprimarea intestinelor prin introducerea prin anus pînă în colon a unui tub prevăzut cu un sistem optic (colonoscopie).

IMPERFORAȚIA ANALĂ SAU (VEZI) ATREZIA ANALĂ

IMPETIGO

Definiție și cauze

Infecție contagioasă a pielii, a cărei transmitere se face de la o persoană la alta prin contact direct la nivelul unei mici tăieturi sau al altei răni, sau chiar de către persoana respectivă prin scărpinarea unor leziuni, în special de eczemă. Germenii cel mai frecvent implicați sînt streptococii și stafilococii.

Frecvență

Este cea mai frecventă dintre infecțiile cutanate ale copilului înaintea vîrstei de 10 ani. Este favorizată de o igienă deficitară și se poate dezvolta sub forma unor mici epidemii în școală sau în familie.

Semne și simptome

Leziunea inițială este o arie de piele roșie pe care se dezvoltă vezicule (mici bule) care ulterior se vor rupe lăsînd locul unei cruste gălbui. Extensia leziunilor este posibilă prin scărpinare (germenele este transportat de la o zonă la alta). Aceste leziuni se situează frecvent în jurul gurii și al nasului.

Evoluție și complicații

Leziunile regresează în cîteva zile sub tratament, fără a lăsa cicatrice (dar scărpinatul intens poate lăsa urme pentru o perioadă îndelungată). Extensia infecției este posibilă, putînd ajunge în cazurile cele mai grave pînă la septicemie (infecție generalizată a organismului). Întrucît streptococul poate cu ușurință să atace rinichii (glomerulonefrită), urmărirea apariției eventuale a proteinelor în urină (cu ajutorul unei bandelete) trebuie făcută sistematic.

Tratament

Este necesar un tratament antibiotic de 10 zile (cu pristinamicină [Pyostacine®], oxacilină, eritromicină). Îngrijirile locale sînt importante, în special pentru înmuierea crustelor: apă de Dalibour, antiseptice, eventual pomezi antibiotice.

Prevenție și educație

Măsurile de igienă cuprind mai ales scoaterea din mediul școlar pe-

8-10 zile (pînă la vindecarea completă), tăierea unghiilor pentru a evita scărpinatul, duşuri de mai multe ori pe zi cu un săpun antiseptic, utilizarea de lenjerie personală şi spălarea separată a acesteia.

IMUNIZAREA SANGVINĂ MATERNO-FETALĂ SAU BOALA HEMOLITICĂ A NOU-NĂSCUTULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Reprezintă o incompatibilitate între sîngele mamei şi cel al fătului, provocată de trecerea prin placentă a unor anticorpi materni care distrug hematiile ale fătului. Forma cea mai frecventă este legată de trecerea unei mici cantităţi de sînge de la un făt Rh pozitiv la mama Rh negativă, în timpul naşterii, ceea ce antrenează producerea de către mamă a unor anticorpi care vor pune probleme în cazul următoarei sarcini. Sînt posibile şi incompatibilităţi pentru alţi factori ai grupelor sangvine, legate de transfuzii anterioare primite de mamă.

◆ **Frecvenţă**

Rară. Generalizarea măsurilor de prevenţie de peste 20 ani, precum şi scăderea numărului de transfuzii au dus la scăderea numărului de cazuri.

◆ **Semne şi simptome**

Afectarea gravă a fătului se traduce printr-o cantitate anormal de mare de lichid amniotic (hidramnios), precum şi prin anomalii ale fătului vizibile la ecografie (ascită = acumularea de lichid în abdomen, ficat mărit; revărsat pericardic = acumulare de lichid în jurul inimii). La naştere, distrugerea hematiilor ale fătului (hemoliza) se traduce prin coloraţia galbenă a pielii (icter).

◆ **Investigaţii**

Prezenţa de anticorpi (aglutinine) şi identificarea lor la femeia însărcinată susţine diagnosticul. Supravegherea sarcinii utilizează ecografia, dozarea bilirubinei în lichidul amniotic prelevat prin amniocenteză şi analiza sîngelui fetal prelevat prin puncţia cordonului ombilical.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul a ameliorat prognosticul, cu supravieţuirea aproape în totalitate a copiilor şi o evoluţie pe termen lung absolut normală. Formele grave pot duce la moartea fătului în cursul sarcinii. Icterul prezent la naştere necesită un tratament activ (icterul neonatal).

◆ **Tratament**

În timpul sarcinii poate fi indicată o transfuzie la făt în uterul mamei. La naştere, tratamentul icterului se bazează în primul rînd pe fototerapie (expunerea la lumină puternică, ce permite transformarea la nivelul pielii a bilirubinei în compuşi netoxici) şi, în unele cazuri grave, pe exsangvinotransfuzie (înlocuirea completă a sîngelui fătului).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Legislaţia prevede supravegherea specială a tuturor femeilor însărcinate, şi în special a celor Rh negative. Injectarea sistematică de gamaglobuline anti-D este indispensabilă la toate femeile Rh negative după naşterea unui copil Rh pozitiv, după o întrerupere de sarcină şi în cursul sarcinii, la orice eveniment care poate antrena un transfer de sînge de la mamă la făt (traumatism abdominal, amniocenteză, serclaj, scurgeri vaginale de sînge etc.).

INCLUZIILE CITOMEGALICE (BOALA CU) SAU INFECŢIA CONGENITALĂ CU CITOMEGALOVIRUS

◆ **Definiţie şi cauze**

Malformaţie fetală provocată de infectarea mamei cu citomegalovirus în timpul sarcinii. Riscul pentru copil este maxim la începutul sarcinii. Aproape 60% dintre femei nu au fost niciodată infectate şi deci nu sînt protejate de anticorpi la începutul sarcinii (dar cu variaţii în funcţie de condiţiile socioeconomice: număr mai mic în mediile defavorizate). Ele riscă, deci, să contracteze infecţia în cursul sarcinii.

Frecvenţă

Este cea mai frecventă dintre infecţiile transmisibile la făt, dar numai un copil din doi infectaţi prezintă semne legate de infecţie, fie la naştere, fie în primele luni de viaţă.

Semne şi simptome

Infecţia mamei trece de cele mai multe ori neobservată sau se poate traduce printr-un fel de gripă. Afectarea fătului este suspectată în caz de întîrziere în creştere sau de anomalii la nivelul capului (microcefalie = cap de dimensiuni reduse, calcificări intracraniene). În 9 cazuri din 10 copilul nu prezintă nici un semn la naştere, dar riscă să dezvolte surditate în cursul creşterii. Cînd simptomele apar de la naştere, acestea sînt: mărirea ficatului şi a splinei, anemie, scăderea numărului de trombocite, cu apariţia pe piele a unor pete mici, roşii (purpură trombocitopenică), afectarea plămînilor.

Investigaţii

Infecţia la mamă poate fi pusă în evidenţă prin creşterea nivelului sangvin al anticorpilor îndreptaţi împotriva virusului. Diagnosticul la nivelul fătului utilizează identificarea virusului în lichidul amniotic şi a anticorpilor în sîngele fetal prelevat din cordonul ombilical.

Evoluţie şi complicaţii

Este o infecţie gravă, care poate fi mortală atunci cînd există o afectare severă la naştere. În plus, pot apărea sechele: retard psihomotor, surditate, afectare oculară.

Tratament

Testarea la începutul sarcinii a femeilor care nu au fost niciodată infectate nu este efectuată întotdeauna. Este, deci, obligatoriu ca femeia însărcinată să se prezinte la medic în caz de „gripă" apărută în cursul sarcinii. În prezenţa semnelor de infecţie gravă a fătului înregistrate la ecografie şi la analizele sangvine, se propune întreruperea terapeutică a sarcinii.

INCOMPATIBILITATEA SANGVINĂ MATERNO-FETALĂ SAU (VEZI) IMUNIZAREA SANGVINĂ MATERNO-FETALĂ

INCONTINENŢA ANALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Pierderea controlului voluntar al evacuării scaunului. Principalele cauze sînt:

1. Afecţiuni digestive (boala Crohn, rectocolita ulcerohemoragică).
2. Lezarea sfincterului anal, muşchi care asigură controlul defecaţiei (sechele ale unei naşteri sau intervenţii chirurgicale).
3. Tulburări neurologice (leziuni ale măduvei spinării sau ale creierului).

◆ **Frecvenţă**

Aceste tulburări sînt frecvente, dar insuficient relatate de persoanele care suferă de ele şi incorect luate în calcul de către medicii care le îngrijesc.

◆ **Semne şi simptome**

Trebuie precizat dacă incontinenţa este totală sau limitată la scaunele lichide şi la gaze. Examenul efectuat de medic apreciază tonusul muşchiului care închide anusul (sfincterul anal).

◆ **Investigaţii**

Bilanţul are ca obiectiv evaluarea calităţii sfincterului, în special a comportamentului acestuia faţă de presiunile exercitate asupra sa (manometria) şi a controlului neurologic (electromiograma).

Evoluţie şi complicaţii

Tratamentul poate da rezultate satisfăcătoare, dar uneori trebuie să se recurgă la o derivaţie chirurgicală a anusului (colostomie = deschiderea colonului la nivelul pielii abdomenului cu acumularea materiilor fecale într-o pungă).

◆ **Tratament**

Constă în instituirea unui program de reeducare şi de regularizare a defecaţiei (aport suficient de fibre şi de lichide, gimnastică perineală, bio-feedback etc.). Tratamentul chirurgical este dificil şi se adresează în special incontinenţelor de origine traumatică.

◆ **Prevenţie**

Protejarea perineului în timpul naşterii –

în special prin realizarea unei epiziotomii – este esenţială pentru prevenirea apariţiei leziunilor traumatice. La fel de importantă este respectarea sfincterelor în cursul unor manevre medicale şi chirurgicale, în special în caz de hemoroizi sau de fisură anală.

INCONTINENŢA URINARĂ

◆ Definiţie şi cauze

Pierdere involuntară de urină. Este determinată la femeie de slăbiciunea muşchilor care asigură susţinerea acestei zone (planşeul pelvin) şi survine mai ales la efort. Sînt posibile, de asemenea, comunicări (fistule) între vezica urinară sau uretră şi vagin. La bărbat este vorba, de cele mai multe ori, despre afecţiuni prostatice sau neurologice.

◆ Frecvenţă

Se estimează la 10% numărul femeilor tinere afectate. Frecvenţa creşte cu vîrsta, pentru a deveni una dintre principalele infirmităţi ale persoanelor vîrstnice de ambe sexe.

◆ Semne şi simptome

Pierderea de urină poate fi continuă în caz de fistulă, sau poate fi legată de efort, tuse; se poate face prin „prea plin" (vezica destinsă din cauza unui obstacol – cel mai frecvent prostata – cu scurgere de urină în momentul în care presiunea devine superioară rezistenţei muşchiului care închide uretra la ieşirea din vezică). Apar adesea o dificultate de a urina (disurie) şi emisii frecvente de urină (polakiurie).

◆ Investigaţii

Descrierea simptomelor este de cele mai multe ori suficientă pentru stabilirea diagnosticului. În anumite cazuri pot fi utile unele investigaţii specializate, care explorează funcţia vezicii urinare: bilanţ urodinamic, examene radiologice cu o substanţă care opacifiază urina (urografie, uretrocistografie).

◆ Evoluţie şi complicaţii

Principalele complicaţii sînt răsunetul asupra vieţii sociale şi infecţiile urinare. În majoritatea cazurilor pacienţii se pot [illegible] starea lor poate fi amelio[illegible]

◆ Tratament

După caz, tratamentul cuprinde intervenţia chirurgicală şi/sau reeducarea perineului.

◆ Prevenţie şi educaţie

Încurajarea persoanelor afectate să vorbească despre tulburările lor este esenţială, întrucît iniţierea precoce a tratamentului ameliorează rezultatele acestuia. Educarea pacientului (reeducarea perineului) joacă un rol esenţial.

INFARCTUL MEZENTERIC

◆ Definiţie şi cauze

Moartea unei porţiuni din intestin din cauza întreruperii alimentării acestora cu sînge (ischemie). Principala cauză este un proces care alterează structura arterelor, ateromul, caracterizată prin depunerea de grăsimi în pereţii acestora şi ai cărei factori de risc cei mai frecvenţi sînt hipercolesterolemia, fumatul, hipertensiunea arterială, diabetul şi obezitatea. Celelalte mecanisme sînt reprezentate de: embolii (artera este astupată de un cheag de sînge provenit din inimă), scăderea debitului sanguin (stare de şoc; administrarea de vasoconstrictoare, adică medicamente care reduc diametrul vaselor etc.).

◆ Frecvenţă

Este o afecţiune relativ frecventă la persoanele în vîrstă.

◆ Semne şi simptome

Principalele semne sînt durerea abdominală brusc instalată, intensă, asociată cu scăderea tensiunii arteriale şi accelerarea pulsului. Ulterior apar semne de ocluzie intestinală: lipsa scaunelor, vărsături etc. La auscultaţia abdomenului, medicul descoperă o linişte care contrastează cu „borborismele" obişnuite legate de progresia normală a alimentelor prin intestine.

◆ Investigaţii

Diferitele explorări utilizate sînt tomografia computerizată, examenul eco-Doppler (metodă utilizînd ultrasunetele, care permite vizualizarea prezenţei sau absenţei circulaţiei în vasele sangvine) şi eventual angiografia (injectarea unei substanţe opace care permite vizualizarea arterelor pe radiografii).

Evoluţie şi complicaţii

Reprezintă o boală gravă al cărei diagnostic este pus adesea tardiv la persoane vîrstnice, fragile. În lipsa tratamentului imediat, evoluţia se face rapid spre peritonită (infecţie generalizată a abdomenului), care poate fi mortală.

Tratament

Tratamentul este chirurgical şi constă în înlăturarea porţiunii moarte din intestin.

INFARCTUL MIOCARDIC

Definiţie şi cauze

Moartea celulelor dintr-o porţiune a muşchiului cardiac, provocată de întreruperea aportului de oxigen la acest nivel, din cauza astupării unei artere coronare (artere care irigă inima [A 7-14/16]), printr-un cheag de sînge. Principala cauză este un proces care alterează structura arterelor, ateromul, caracterizată prin prezenţa unor depuneri de grăsimi în pereţii acestora şi ai cărei principali factori de risc sînt: hipercolesterolemia, fumatul, hipertensiunea arterială, diabetul şi obezitatea. Trebuie luaţi în calcul şi alţi factori de risc cum ar fi: stresul, sedentarismul sau antecedentele familiale de infarct sau de moarte subită la o vîrstă relativ tînără.

Frecvenţă

IMA este unul dintre cele mai frecvente diagnostice la pacienţii spitalizaţi în ţările industrializate. Este mai det întîlnită în nordul Europei spre deosebire de sudul Europei unde frecvenţa este mai scăzută. Bărbaţii, în special cei între 35 şi 70 ani, sînt mult mai frecvent afectaţi decît femeile, întrucît acestea sînt protejate de hormoni, cel puţin pînă la menopauză.

Semne şi simptome

Semnul tipic este durerea în mijlocul pieptului, în spatele sternului, care „strînge" şi care poate iradia în mîna stîngă, la nivelul gîtului sau în mandibulă. Ea provoacă în general anxietate şi se poate declanşa în timpul unui efort (mers, urcarea scărilor, activitate în gospodărie sau grădinărit, sport etc.). Durerea poate avea forme înşelătoare: localizată la nivelul stomacului, iradiind în spate, însoţită de vărsături, paloare, transpiraţii, eructaţii etc.

◆ **Investigaţii**

Electrocardiograma (înregistrarea activităţii electrice a inimii) este investigaţia care trebuie efectuată fără întîrziere pentru confirmarea diagnosticului. Dozarea enzimelor eliberate în sînge de către celulele cardiace aflate în suferinţă aduce date suplimentare, dar nu este indispensabilă pentru începerea tratamentului. Examenul care permite vizualizarea leziunilor de la nivelul arterelor coronare se numeşte coronarografie; aceasta constă în injectarea unei substanţe care opacifiază arterele, făcîndu-le astfel vizibile pe radiografii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Precocitatea diagnosticului este esenţială întrucît condiţionează aplicarea tratamentului, care trebuie început în primele 6 ore de la instalarea durerii pentru a limita la maximum moartea definitivă a celulelor cardiace. Principala complicaţie este moartea subită, provocată de o tulburare de ritm cardiac (fibrilaţie ventriculară, corespunzînd unor impulsuri electrice care se succed cu o asemenea rapiditate, încît inima nu se poate contracta corect). Pot apărea, de asemenea, insuficienţă cardiacă şi edem pulmonar acut.

◆ **Tratament**

Două opţiuni există în faza acută (primele 6 ore): tromboliza (injectarea unui medicament care dizolvă cheagul care astupă artera coronară) sau angioplastia (introducerea în artera coronară înfundată a unui balonaş plasat pe un cateter, care urcă pînă la inimă pornind din artera femurală puncţionată la nivelul regiunii inghinale; cînd balonaşul se află la nivelul zonei înfundate, acesta este umflat, ceea ce permite redeschiderea arterei). După faza acută trebuie prescris un tratament medicamentos pentru a preveni recidivele. În funcţie de leziunile arterelor, după faza acută, poate fi indicată o angioplastie sau un by-pass coronarian (realizarea unei „punţi" peste zona înfundată în general cu ajutorul unui fragment de venă prelevat de la nivelul membrului inferior).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

După un prim infarct, corectarea sau îndepărtarea factorilor de risc este esenţială pentru limitarea riscului de recidivă. Educarea pacientului după spitalizare constă în adaptarea activităţii fizice, reducerea factorilor de stres, alimentaţia săracă în grăsimi animale, renunţarea completă la fumat, recunoaşterea semnelor de alarmă pentru evitarea unei recidive. De altfel, regula pentru asigurarea rapidă a îngrijirilor medicale de la primele simptome şi pentru „salvarea“ unui număr maxim de celule cardiace trebuie să fie următoarea: orice durere în piept cu apariţie bruscă (mai ales la grupele de vîrstă vizate şi în prezenţa unor factori de risc) este un infarct pînă la proba contrarie şi necesită îngrijiri medicale de urgenţă (telefon la 961 sau 112).

INFARCTUL RENAL

◆ **Definiţie şi cauze**

Distrugerea mai mult sau mai puţin extinsă a ţesutului renal, provocată de astuparea arterei sau a venei renale [A 6-39], sau a uneia din ramurile acestora, printr-un cheag de sînge. Artera poate fi înfundată de un cheag venit de la inimă sau format local într-o arteră deteriorată şi îngustată (la nivelul unei plăci de aterom). În ceea ce priveşte vena renală, cauza poate fi o deshidratare acută la sugar, iar la adult, o afecţiune renală preexistentă (de exemplu amiloidoză, glomerulonefrită extramembranoasă).

◆ **Frecvenţă**

Rar.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt hipertensiunea arterială, durerile lombare şi apariţia de sînge în urină (hematurie).

◆ **Investigaţii**

Investigaţiile utile sînt ecografia, urografia intravenoasă (injectarea unei substanţe care opacifiază urina, ceea ce permite aprecierea pe radiografii a funcţionării rinichilor) şi angiografia (injectarea unei substanţe care opacifiază vasele, făcîndu-le vizibile pe radiografii)

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este o criză severă de hipertensiune arterială, care poate pune în pericol viaţa bolnavului.

◆ **Tratament**

Tratamentul iniţial are ca scop controlarea tensiunii arteriale. În caz de eşec, se poate impune intervenţia chirurgicală pentru îndepărtarea rinichiului afectat sau a unei părţi din acesta. La sugar este posibilă injectarea unui medicament care dizolvă cheagurile de sînge (trombolitic).

INFECŢIA GENITALĂ CU CHLAMYDIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală cu transmitere sexuală (BTS) produsă de un germen numit *Chlamydia trachomatis*. Aceasta se asociază frecvent cu alte BTS. Principalul factor de risc îl reprezintă partenerii sexuali multipli.

◆ **Frecvenţă**

Este una cea dintre mai frecvente BTS. Afectează mai ales tinerii sub 25 ani.

◆ **Semne şi simptome**

În jumătate din cazuri, infecţia trece neobservată. Semnele cele mai frecvente sînt arsurile în timpul urinării, scurgerile vaginale sau uretrale (leucoree), durerile în timpul contactului sexual (dispareunie) şi durerile pelviene (în regiunea inferioară a abdomenului).

◆ **Investigaţii**

Identificarea germenelui se face pe baza prelevării de secreţii de la nivelul colului uterin sau al uretrei la femeie şi a primului jet de urină la bărbat.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie la femeie este salpingita, care evoluează adesea cronic şi care este responsabilă de jumătate din cazurile de sterilitate existente la ora actuală în Franţa. Este posibilă transmiterea la copil în timpul naşterii. La bărbat, această infecţie este responsabilă de 50% din *orhiepididimite* (inflamaţia testiculelor), care pot duce la sterilitate.

◆ **Tratament**

Un tratament antibiotic simplu este indispensabil: fie cu o doză unică („minut terapie“) de azitromicină (Sumamed®),

fie cu doxiciclină timp de 10 zile. Tratarea simultană a partenerilor este indispensabilă.

Prevenţie şi educaţie

Principalul mijloc de prevenire este utilizarea prezervativului în caz de parteneri multipli şi examenul ginecologic periodic cu testarea la cea mai mică suspiciune.

INFECŢIA URINARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie a căilor urinare, definită prin prezenţa a peste 100 000 germeni pe mililitru de urină. Principala cauză este contaminarea prin trecerea unor germeni, proveniţi din tubul digestiv, de la nivelul anusului în uretră şi apoi urcarea acestora în vezica urinară. Femeia este expusă în mod special, din cauza uretrei sale scurte. Dimpotrivă, la copil şi la bărbat, infecţia este cel mai adesea secundară unei anomalii a aparatului urinar (malformaţie, infecţie a prostatei). Se disting: cistita la femeie, prostatita la bărbat şi pielonefrita.

Frecvenţă

Infecţiile urinare reprezintă milioane de consultaţii anual. Ele predomină net la femei.

Semne şi simptome

Semnele comune diferitelor forme sînt: febra > 38°C, durerile (de vezică urinară, prostată, rinichi) şi alterarea stării generale. Simptomele urinare (arsuri, nevoia foarte frecventă de a urina etc.) nu sînt întotdeauna prezente.

◆ **Investigaţii**

Identificarea germenelui se face pe baza uroculturii şi, în formele grave, a hemoculturilor (identificarea germenelui în sînge). Bilanţul sangvin descoperă semne de inflamaţie (viteză de sedimentare a hematiilor [VSH] şi proteină C reactivă crescute). Ecografia, tomografia computerizată şi scintigrafia (injectarea unei substanţe radioactive care se fixează cu preponderenţă pe ţesuturile a căror studiere se urmăreşte) sînt utilizate pentru a confirma atingerea ţesutului renal şi/sau prostatic. Urografia intravenoasă (injectarea unei substanţe care opacifiază urina, ceea ce face vizibile căile urinare pe radiografii) permite detectarea eventualelor malformaţii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Deşi este frecvent banală şi benignă, infecţia urinară nu trebuie neglijată, întrucît prezintă două mari riscuri: generalizarea infecţiei (septicemia) şi consecinţele asupra funcţiei renale (distrugerea rinichiului).

◆ **Tratament**

Schemele de tratament antibiotic sînt variabile în funcţie de afectare: tratament scurt sau în doză unică în cistită, asociere de două antibiotice pe cale intravenoasă în caz de pielonefrită sau de prostatită. Cauza eventuală la copil sau la adult va fi, de asemenea, tratată.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

O serie de reguli de igienă permit evitarea recidivelor la femeile sensibile: evitarea purtării de haine prea strîmte, consumul unor cantităţi suficiente de lichide etc.

INSOMNIA

◆ **Definiţie şi cauze**

Tulburarea instalării sau a menţinerii somnului. Se disting insomnia tranzitorie, a cărei cauză este uşor de identificat (mediu, stres, decalaj orar, sejur la altitudine etc.), insomnia cronică primară, fără o cauză identificată şi insomnia secundară (boală psihică, medicamente sau substanţe excitante, dureri cronice, insuficienţă cardiacă sau respiratorie etc.).

◆ **Frecvenţă**

Se estimează că 50% din populaţie suferă cel puţin o dată în viaţă de tulburări de somn.

◆ **Semne şi simptome**

În forma primară, insomnia este adesea singurul semn. Se manifestă fie prin dificultatea de a adormi, fie printr-una sau mai multe treziri nocturne după o adormire normală. Ziua, pacientul prezintă o îngrijorare permanentă privind somnul său. Se creează un cerc vicios: cu cît noaptea precedentă a fost mai rea, cu atît creşte neliniştea legată de noaptea următoare.

Paradoxal, pacientul adoarme mai uşor în fotoliu, citind sau uitîndu-se la televizor.

◆ **Investigaţii**

Singura explorare eventual utilă în formele cronice este înregistrarea poligrafică a somnului într-o unitate specializată.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Gravitatea insomniei ţine în special de consecinţele fizice şi psihice resimţite în timpul zilei: dificultate de concentrare şi de dispoziţie, afectarea capacităţilor fizice şi intelectuale, somnolenţă.

◆ **Tratament**

În formele tranzitorii şi secundare, tratamentul este cel al cauzei. În celelalte cazuri, mijloacele utilizate sînt tratamentul psihologic şi măsurile educative (contact social, activitate fizică în prima parte a zilei, restricţie de somn, relaxare etc.) şi medicamentele (în special din clasa benzodiazepinelor, ca de exemplu loprazolam, zolpidem [Stilnox®] sau zopiclon [Imovane®]).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

În formele tranzitorii şi secundare, o bună cunoaştere de către pacient a factorilor declanşatori permite aplicarea unor măsuri preventive, în special medicamentoase, pentru a evita apariţia insomniei.

INSUFICIENŢA AORTICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Disfuncţie a valvei [A 7-1] situată la nivelul originii aortei, care nu se mai închide corect, ceea ce antrenează refluxul sîngelui în inimă în timpul fazei de umplere care precedă fiecare contracţie. În aproape jumătate din cazuri, cauza este o alterare a ţesuturilor legată de îmbătrînire (forma degenerativă). Celelalte cauze sînt reprezentate de infecţii (endocardită, reumatism articular acut), de afecţiuni aortice spontane (disecţie de [illegible]) sau legate de un traumatism toracic sau de o anomalie congenitală.

◆ **Frecvenţă**

Frecvenţa formei degenerative este în creştere din cauza îmbătrînirii populaţiei

◆ **Semne şi simptome**

Cînd apare brusc în cadrul unei infecţii sau al unei leziuni aortice (disecţie), este rău tolerată cu insuficienţă cardiacă (edem pulmonar acut) care se declanşează brusc. Forma cronică este bine tolerată o perioadă îndelungată, cu dilatarea progresivă a cordului, un suflu întins la auscultaţie de-a lungul marginii stîngi a sternului, o scăderea a celei de-a doua valori (diastolică) a tensiunii arteriale şi artere foarte pulsatile, ceea ce se traduce printr-un puls „săltăreţ".

◆ **Investigaţii**

Radiografia toracică arată un cord mare, dilatat. Ecografia Doppler (utilizarea de ultrasunete pentru vizualizarea fluxului sangvin din vase) permite evaluarea volumului regurgitării de la nivelul valvei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia depinde de importanţa regurgitării şi de rapiditatea constituirii acesteia. Cele două complicaţii principale sînt: infecţia valvei care este mai fragilă (endocardita) şi insuficienţa cardiacă.

◆ **Tratament**

Cînd regurgitarea este de mici dimensiuni şi bine tolerată, tratamentul medical este suficient (medicamente care reduc sarcina cordului precum diureticele, digitalicele, vasodilatatoarele). În caz de regurgitare importantă se impune înlocuirea chirurgicală a valvei.

◆ **Prevenţie**

Valvele deteriorate sînt mai fragile şi mai sensibile la infecţii, ceea ce impune un tratament antibiotic preventiv în orice explorare sau tratament care poate antrena pătrunderea unor germeni în sînge. Este vorba în special de toate intervenţiile stomatologice şi de explorări precum fibroscopiile.

INSUFICIENŢA CARDIACĂ GLOBALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Incapacitatea inimii de a-şi adapta debitul la nevoile organismului. Reprezintă o complicaţie a numeroase boli care antrenează o slăbire a muşchiului cardiac: hipertensiune arterială, boală coronariană ischemică (îngustarea sau obstrucţia arterelor coronare care irigă inima, aflate

la originea infarctului), leziuni ale valvelor cardiace, boli pulmonare (bronşită cronică ş.a.), anumite afecţiuni hormonale (diabet ş.a.).

◆ **Frecvenţă**

Este una dintre patologiile cele mai frecvente în ţările dezvoltate. Afectează adulţii şi persoanele vîrstnice.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt: dificultatea la respiraţie (dispneea) din ce în ce mai severă la efort, umflarea venelor gîtului, creşterea în dimensiuni a ficatului şi edemele. Medicul percepe raluri la auscultaţia pulmonară. Clasificarea dată de New York Heart Association (NYHA) cuantifică severitatea insuficienţei cardiace:

- Clasa I: respiraţie dificilă la eforturi mari, neobişnuite şi normală în timpul activităţii curente.
- Clasa II: respiraţie dificilă la mersul rapid sau la urcarea scărilor (mai mult de două etaje).
- Clasa III: respiraţie dificilă la mersul obişnuit sau la eforturi minime.
- Clasa IV: dificultate respiratorie permanentă de repaus.

◆ **Investigaţii**

Ecografia cardiacă este examenul cheie care permite evaluarea stării cordului. Radiografia pulmonară şi electrocardiograma sînt, de asemenea, utile.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este punctată de puseuri acute (edem pulmonar acut) favorizate de nerespectarea regimului fără sare, creşterea bruscă a tensiunii, întreruperea medicaţiei, tulburările de ritm cardiac etc. Este o afecţiune gravă, care poate duce la deces în urma unui puseu acut rezistent la tratament sau brusc, printr-o tulburare de ritm cardiac.

◆ **Tratament**

Constă în reguli igieno-dietetice stricte (regim fără sare, scădere în greutate) şi administrarea unor medicamente care uşurează activitatea inimii (diuretice, vasodilatatoare, inhibitori ai enzimei de conversie, digitalice). Transplantul cardiac poate fi indicat în cazul insuficienţei cardiace foarte avansate la o persoană tînără.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia este cea a principalelor cauze, adică a hipertensiunii arteriale şi a infarctului. Educaţia constă în respectarea regimului igieno-dietetic pentru a evita decompensările acute, cîntărirea zilnică (pentru a evalua creşterea edemelor) şi autoevaluarea gradului de dispnee.

INSUFICIENŢA HIPOFIZARĂ SAU HIPOPITUITARISMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Tablou clinic provocat de deficitul unui sau mai multor hormoni produşi de hipofiză [A 10-12(2)], mică glandă situată la baza creierului, care intervine în special în creştere, în reglarea funcţiilor sexuale şi a funcţionării altor glande (tiroidă, suprarenale). Cauzele sînt variate: tumori, sechele ale unui tratament prin radioterapie sau ale unei intervenţii chirurgicale, distrugere prin întreruperea circulaţiei sangvine, inflamaţii, malformaţii din naştere.

◆ **Frecvenţă**

Redusă.

◆ **Semne şi simptome**

La copil se manifestă prin nanism (statură mică) şi absenţa pubertăţii. La adult, tabloul complet asociază în grade variabile: tulburări sexuale (impotenţă la bărbat, dispariţia menstruaţiei la femeie), modificări cutanate (piele fină şi uscată, căderea părului), un defect de funcţionare a glandei tiroide (hipotiroidie) şi a glandelor suprarenale (astenie, tulburări digestive, hipoglicemie).

◆ **Investigaţii**

Cuprind un bilanţ hormonal complex şi o serie de explorări pentru identificarea cauzei, în primul rînd o tomografie computerizată şi un examen IRM al regiunii din creier în care se găseşte hipofiza.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia depinde de cauză. Principala complicaţie este instalarea comei, provocată de o agravare a deficitului hormonal, în special tiroidian şi suprarenalian, declanşată de stres, de o infecţie etc.

◆ **Tratament**

Tratamentul cauzei este prioritar. De asemenea, substituţia hormonilor deficitari este esenţială.

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Educarea pacientului este primordială, pentru ca el să îşi poată adapta tratamentul în caz de stres, infecţie etc.

INSUFICIENŢA MEDULARĂ

Termen care grupează ansamblul afecţiunilor caracterizate prin insuficienţa producerii de globule roşii, globule albe şi/sau de trombocite de către măduva osoasă. Principalele cauze sînt chimioterapia antineoplazică şi cancerele sîngelui (leucemii ş.a.).

INSUFICIENŢA MITRALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Disfuncţie a valvei mitrale [A 7-9] antrenînd un reflux al sîngelui din ventriculul stîng în atriul stîng în timpul contracţiei cardiace (sistolă). Inima trebuie deci să îşi crească efortul pentru a evacua sîngele care s-a întors în atriu, ceea ce o oboseşte pe termen lung şi antrenează o insuficienţă cardiacă. Principalele cauze sînt reprezentate de o alterare a ţesuturilor legată de îmbătrînire (forma degenerativă), infecţii (endocardită, reumatism articular acut), infarctul miocardic sau boli care afectează muşchiul cardiac (cardiomiopatia dilatativă sau obstructivă). Există şi forme congenitale (prezente de la naştere), asociate frecvent cu alte malformaţii. Boala se poate instala progresiv sau poate surveni brusc, în funcţie de cauză.

◆ **Frecvenţă**
Afecţiune relativ frecventă.

◆ **Semne şi simptome**
Semnele cele mai frecvente sînt oboseala şi respiraţia dificilă la efort. În forma acută, tabloul este cel al unei insuficienţe cardiace cu edem pulmonar acut. Medicul descoperă la auscultaţie un suflu, cu maximum de intensitate la vîrful inimii şi iradiind spre axilă.

◆ **Investigaţii**
Ecografia Doppler cardiacă (vizualizarea, cu ajutorul ultrasunetelor, a fluxului sangvin din cavităţile cardiace) permite aprecierea severităţii leziunii şi analiza-ţa mecanismului acesteia.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Forma acută poate fi mortală în lipsa tratamentului rapid instituit. Forma cronică evoluează mult timp fără simptome deosebite, apoi apar semne de insuficienţă cardiacă însoţită uneori de tulburări de ritm cardiac (neregularitate a bătăilor inimii).

◆ **Tratament**
În cazul unei forme acute sau a unei forme cronice rău tolerate, este indicată înlocuirea chirurgicală a valvei. În forma cronică bine tolerată este suficientă urmărirea periodică.

◆ **Prevenţie**
Tratamentul sistematic al anginelor cu antibiotice a făcut să scadă semnificativ frecvenţa reumatismului articular acut, care era altădată o cauză importantă de insuficienţă mitrală. Valvele deteriorate sînt mai fragile şi mai sensibile la infecţii, ceea ce impune un tratament antibiotic preventiv în orice explorare sau tratament care pot antrena pătrunderea unor germeni în sînge. Este vorba mai ales despre intervenţiile stomatologice şi explorări, cum ar fi fibroscopiile.

INSUFICIENŢA RENALĂ ACUTĂ (IRA)

◆ **Definiţie şi cauze**
Degradare totală şi bruscă a funcţiei renale, care se traduce prin lipsa (sau prezenţa unei cantităţi foarte mici) de urină în vezica urinară. În unele cazuri, urina rămîne prezentă, dar rinichiul nu asigură corect filtrarea sîngelui. Cele trei forme principale sînt: IRA funcţională determinată de scăderea circulaţiei sangvine la nivelul rinichiului (scădere prelungită de tensiune, stare de şoc); IRA prin alterarea ţesutului renal (glomeru- [illegible] de origine inflamatorie sau toxică); IRA prin obstacol în calea scurgerii urinei (calcul, de exemplu).

◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune frecventă, ca urmare a unei intervenţii chirurgicale sau în timpul spitalizării în terapie intensivă pentru afecţiuni grave în care suferă toate organele, în special rinichiul (stare de şoc, infecţie severă, arsuri întinse etc.).

Semne şi simptome

Apare o scădere a volumului de urină (oligurie), care nu mai este eliminată prin rinichi, uneori absenţa totală a acesteia (anurie), asociată cu semne de reţinere de apă şi sare: vărsături, astenie, dificultate în respiraţie, edem pulmonar acut, tulburări ale stării de conştienţă, tulburări de ritm cardiac.

Investigaţii

Retenţia de toxine în organism se traduce printr-o creştere a concentraţiilor de uree şi de creatinină în sînge, precum şi printr-o aciditate nocivă pentru organism (acidoză). În plus, nivelul potasiului este crescut, ceea ce este periculos pentru inimă. Radiografia şi în special ecografia abdominală permit aprecierea aspectului şi a dimensiunilor rinichilor şi caută prezenţa unui obstacol pe căile urinare.

Evoluţie şi complicaţii

Este o afecţiune severă, care determină intoxicarea organismului prin acumularea de reziduuri toxice, care pot antrena un stop cardiac brusc în lipsa unui tratament rapid. Totuşi, în majoritatea cazurilor, evoluţia este în general favorabilă în cîteva zile sau săptămîni, cu regenerarea ţesuturilor şi a funcţiei rinichilor. Există însă şi riscul de leziuni definitive, cu trecerea spre insuficienţă renală cronică.

Tratament

Internarea rapidă intr-un serviciu de terapie intensivă este indispensabilă pentru a suplini rinichiul epurînd sîngele de toxinele sale (hemofiltrare sau dializă), pînă în momentul în care rinichiul îşi recuperează funcţia normală.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

O serie de toxice şi medicamente (antibiotice, citostatice, substanţe de contrast, antiinflamatorii etc.) pot antrena o IRA. Utilizarea acestora trebuie, deci, să respecte precauţiile necesare.

INSUFICIENŢĂ RENALĂ CRONICĂ (IRC)

◆ **Definiţie şi cauze**

Reducerea capacităţii rinichiului de a asigura filtrarea sîngelui pentru eliminarea toxinelor şi de a asigura echilibrul în apă şi minerale (în special sodiu şi potasiu) al organismului. Rinichiul joacă un rol esenţial în echilibrul tensiunii arteriale şi în producerea unor hormoni esenţiali pentru integrarea calciului în oase (vitamina D) şi pentru producerea de hematii (eritropoietina). Toate afecţiunile renale acute sau cronice pot să ducă la insuficienţă renală cronică.

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă o afecţiune din ce în ce mai frecventă, mai ales din cauza îmbătrînirii populaţiei. Numărul anual de cazuri noi de pacienţi care ajung în insuficienţă renală terminală şi care necesită dializă este de circa 5 000.

◆ **Semne şi simptome**

Apar hipertensiune arterială, semne de anemie (paloare, astenie, scăderea tensiunii cu stare rău), fragilizarea oaselor (osteomalacie), crampe şi furnicături la nivelul mîinilor şi picioarelor (lipsă de calciu), precum şi tulburări digestive (greaţă şi lipsa poftei de mîncare).

◆ **Investigaţii**

Bilanţul sangvin permite stabilirea diagnosticului: acumulare de reziduuri acide (uree şi creatinină crescute, acidoză sangvină), scăderea concentraţiei de calciu prin deficit de vitamină D. Calcularea clearance-ului la creatinină stabileşte gradul de afectare (< 10ml/min: insuficienţă renală terminală, care necesită dializă).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia se face cu viteză variabilă spre stadiul terminal, care necesită dializă sau transplant renal.

◆ **Tratament**

Este necesar un regim alimentar cu puţină sare şi proteine, interzicerea alimentelor bogate în potasiu (ciocolată, fructe). Medicamentele vizează corectarea simptomelor legate de disfuncţia renală: antihipertensive, aport de calciu, de vitamina D şi de eritropoietină de sinteză (Eprex®, Recormon®, Epomax®). În stadiul terminal se recurge la dializă peritoneală, la hemodializă sau la transplant renal. Rezultatele acestuia din urmă sînt excelente,

dar aplicabilitatea sa este limitată din cauza lipsei de donatori de organe.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Diferitele tehnici de dializă impun anumite constrîngeri, dar permit de cele mai multe ori o viaţă cvasinormală. Autonomia pacienţilor este dobîndită printr-o educaţie care permite dializa la domiciliu sau în unităţi de autodializă de proximitate. Numeroase medicamente se elimină prin rinichi şi necesită, din această cauză, precauţii speciale, mai ales reducerea dozelor, la persoanele cu insuficienţă renală.

INSUFICIENŢA RENALĂ FUNCŢIONALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Formă de insuficienţă renală acută provocată de o scădere a debitului sangvin la nivelul rinichilor. Principalele cauze sînt scăderea prelungită a tensiunii arteriale (hemoragie, stare de şoc), tulburările echilibrului în apă şi sare al organismului (deshidratare prin pierderi cutanate, digestive sau renale; ocluzie intestinală etc.), insuficienţa cardiacă şi anumite medicamente (inhibitori ai enzimei de conversie, antiinflamatorii).

◆ **Frecvenţă**

Este frecventă, în special la bolnavii internaţi în serviciile de terapie intensivă.

◆ **Semne şi simptome**

Singurul semn renal este scăderea volumului de urină (oligurie). Celelalte simptome sînt legate de cauza declanşatoare.

◆ **Investigaţii**

Dozările sangvine şi urinare ale sodiului, potasiului, ureei şi creatininei (creşterea acestora este semnul incapacităţii rinichiului de a elimina toxinele) permit stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Cînd tratamentul este instituit suficient de repede, regresia este completă în cîteva zile.

◆ **Tratament**

Tratamentul are ca scop restabilirea cît mai rapid posibil a unei bune circulaţii sangvine la nivel renal, ceea ce constă cel şi adesea în tratarea cauzei: asigurarea unei tensiuni corespunzătoare, corectarea deshidratării etc.

◆ **Prevenţie**

Detectarea şi tratamentul precoce ale diferitelor cauze sînt singurul mijloc de prevenţie eficient.

INSUFICIENŢA RESPIRATORIE CRONICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Ansamblul afecţiunilor pulmonare sau de altă natură care antrenează o incapacitate persistentă a plămînului de a asigura aportul unei cantităţi suficiente de oxigen şi de a elimina corect dioxidul de carbon. Se disting:

1. Forma obstructivă, ale cărei principale cauze sînt bronşita cronică, emfizemul, astmul şi dilataţiile bronşice.
2. Forma restrictivă, determinată de o deformare a toracelui (scolioză, obezitate etc.), o afectare a pleurei (sechele de pleurezie ş.a.), o afectare a ţesutului pulmonar (sechele ale unei intervenţii chirurgicale sau ale tuberculozei, fibroză etc.).

◆ **Frecvenţă**

Forma obstructivă, a cărei principală cauză este fumatul, este cea mai frecventă. Este responsabilă de un număr important de decese pe an.

◆ **Semne şi simptome**

Semnele comune tuturor formelor sînt respiraţia dificilă (dispnee) şi coloraţia albastră a extremităţilor degetelor şi a buzelor (cianoză, care corespunde unei oxigenări deficitare a sîngelui). În cursul evoluţiei apar semne de insuficienţă cardiacă dreaptă (adică a părţii din inimă care trimite sîngele încărcat cu dioxid de carbon la plămîni): edem al membrelor inferioare, ficat mărit, distensia venelor gîtului (venele jugulare).

◆ **Investigaţii**

Cele două explorări care permit aprecierea stării plămînilor sînt probele funcţionale respiratorii (măsurarea diferitelor volume pulmonare) şi dozarea gazelor sangvine (măsurarea concentraţiilor de oxigen şi dioxid de carbon din sînge). Aceasta din urmă arată o scădere a nivelului de oxigen numită hipoxemie

(în general sub 60 mmHg) şi o creştere a celui de dioxid de carbon (peste 49 mmHg).

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia se face cel mai adesea spre agravare progresivă, cu limitarea autonomiei (dispnee importantă la cel mai mic efort) şi necesitatea aportului de oxigen în timpul nopţii sau 24 ore din 24. Infecţiile pulmonare constituie principala complicaţie şi sînt grave, întrucît plămînii prezentau şi anterior dificultăţi în funcţionarea normală. Acestea stau la originea agravării dispneei, care necesită spitalizare şi uneori utilizarea ventilaţiei artificiale.

Tratament

Tratamentul cuprinde suprimarea factorilor agravanţi (în special a fumatului), combaterea infecţiilor (tratament precoce al infecţiilor pulmonare, dentare sau ale sinusurilor), kineziterapia respiratorie, administrarea de medicamente (fluidifiante ale secreţiilor bronşice, bronhodilatatoare etc.), administrarea de oxigen (minimum 15 ore/zi) şi uneori ventilaţia artificială la domiciliu, în special cu ajutorul unei măşti. Într-un număr limitat de cazuri, în special la subiecţii tineri, poate fi luat în consideraţie transplantul pulmonar.

Prevenţie şi educaţie

Măsura de prevenţie esenţială este întreruperea cît mai precoce a fumatului.

INSUFICIENŢA SUPRARENALĂ SAU BOALA ADDISON

Definiţie şi cauze

Deficit de secreţie a hormonilor produşi în mod normal de glandele suprarenale [A 10–5(2) şi 13–13]. Este vorba în special de cortizol, un derivat al cortizonului care permite organismului să îşi asigure echilibrul în săruri minerale, intervine în utilizarea glucozei şi a proteinelor şi mai ales este esenţial pentru reacţia organismului la diferite agresiuni (infecţii, căldură, stres etc.). Cauza cea mai frecventă este afectarea glandelor suprarenale numită boala Addison. Mai rar este vorba despre un defect de funcţionare a glandei hipofize, situată în creier, care produce substanţe ce declanşează producţia de hormoni la nivelul glandelor suprarenale.

◆ Frecvenţă

Reprezintă o boală rară.

◆ Semne şi simptome

În forma clasică apare o pigmentare a pielii predominant pe zonele descoperite, pliurile de flexie, cicatrice (melanodermie) precum şi astenie asociată cu lipsa poftei de mîncare şi hipotensiune arterială care se accentuează la ridicarea în picioare. Forma acută, care poate fi relevantă pentru boală este mult mai severă, cu scăderea severă şi persistentă a tensiunii arteriale.

◆ Investigaţii

Bilanţul sangvin arată o scăderea a concentraţiei de sodiu (hiponatremie), o creştere a nivelului de potasiu (hiperkaliemie), o aciditate a sîngelui (acidoză) nocivă pentru buna funcţionare a organismului şi o scădere a concentraţiei de glucoză (hipoglicemie). Un bilanţ hormonal complex permite confirmarea diagnosticului. Glanda suprarenală poate fi vizualizată cu ajutorul unei tomografii computerizate abdominale, iar hipofiza prin intermediul tomografiei computerizate sau al examenului IRM cerebral.

◆ Evoluţie şi complicaţii

În cazul formei acute, tratamentul trebuie instituit imediat; în caz contrar, există un real risc de deces. Sub tratament, evoluţia este favorabilă.

◆ Tratament

În forma lentă este necesar un tratament de substituţie hormonală pe viaţă (hidrocortizon şi 9-alfa-fludrocortizon), asociat cu un eventual tratament al cauzei. Tratamentul formei acute reprezintă o urgenţă şi asociază perfuzii pentru restabilirea unei tensiuni normale şi corectarea rapidă a deficitului hormonal prin injectarea intravenoasă de hidrocortizon.

◆ Prevenţie şi educaţie

Pacientul trebuie educat să îşi adapteze tratamentul în caz de căldură mare, infecţie, stres. El trebuie să aibă în permanenţă asupra sa un cartonaş pe care să fie menţionată boala şi o fiolă de

hidrocortizon de administrat intramuscular în caz de vărsături.

INSUFICIENŢA TRICUSPIDIANĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afectare a valvei tricuspide [A 7–5], antrenînd un reflux de sînge între ventriculul şi atriul drept în timpul contracţiei ventriculului. Forma cea mai frecventă, numită funcţională, este consecinţa unei afecţiuni a cordului stîng (boli ale valvei mitrale, cardiomiopatii neobstructive etc.). Celelalte cauze sînt leziuni legate de un reumatism articular acut, infecţie care survine adesea în copilărie şi atacă valvele cardiace (în acest caz şi alte valve sînt aproape întotdeauna atinse), sau mai rar de o infecţie care atacă învelişul intern al inimii şi valvele (endocardită).

◆ **Frecvenţă**

Relativ rară în raport cu afecţiunile celorlalte valve cardiace (valvele mitrală şi aortică).

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne clinice sînt: dilatarea venelor gîtului (jugulare), care pot pulsa la fiecare contracţie cardiacă, precum şi creşterea în volum a ficatului, care suferă o expansiune în timpul contracţiei inimii. Medicul găseşte la auscultaţie un suflu care se aude cu maximum de intensitate la nivelul xifoidului (scobitură sub stern la nivelul la care se unesc coastele).

◆ **Investigaţii**

Ecografia Doppler cardiacă (metodă care utilizează ultrasunete ce permit vizualizarea fluxului sangvin de la nivelul cavităţilor cardiace) este examenul cel mai performant pentru afirmarea diagnosticului. Electrocardiograma poate descoperi o tulburare de ritm cardiac (fibrilaţie atrială).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

În lipsa tratamentului, evoluţia se face spre insuficienţă cardiacă.

◆ **Tratament**

În formele mai puţin severe este suficient tratamentul medical (regim fără sare, diuretice, digitalice, inhibitori ai enzimei de conversie). În celelalte cazuri se impune tratamentul chirurgical (cel mai frecvent valvuloplastie, adică reconstrucţia valvei şi nu înlocuirea ei completă).

◆ **Prevenţie**

Tratare precoce a anomaliilor de la nivelul valvei mitrale permite evitarea unei afectări a valvei tricuspide.

INSUFICIENŢA VENTRICULARĂ (SAU CARDIACĂ) DREAPTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Incapacitatea ventriculului drept de a se adapta la debitul de sînge întors prin vene şi care provenite de la nivelul întregului organism. Principalele cauze sînt: insuficienţa respiratorie cronică, embolia pulmonară, pericardita, hipertensiunea arterială, unele infarcte şi insuficienţa ventriculară stîngă din cadrul insuficienţei cardiace globale.

◆ **Frecvenţă**

Izolată, este rară. Cel mai frecvent ea se integrează într-un tablou de insuficienţă cardiacă globală.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt dilatarea venelor gîtului (turgescenţa jugulară) spontană sau în momentul în care se apasă pe ficat (reflux hepatojugular); ficat mărit de volum şi dureros. Apar, de asemenea, edeme la nivelul gambelor, accelerarea frecvenţei cardiace (tahicardie) şi scăderea volumului de urină (oligurie).

◆ **Investigaţii**

Ecografia cardiacă este explorarea diagnostică de primă alegere (permite identificarea cauzei, măsurarea presiunilor în arterele pulmonare). Electrocardiograma arată semne tipice. Radiografia pulmonară completează bilanţul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este variabilă, în funcţie de cauză. Este de obicei progresivă, punctată de puseuri mai mult sau mai puţin frecvente, în funcţie de eficacitatea tratamentului.

◆ **Tratament şi educaţie**

Tratamentul simptomatic cuprinde repa-

usul, un regim fără sare şi medicamente care uşurează activitatea cardiacă (inhibitori ai enzimei de conversie, diuretice, digitalice). Se va trata de asemenea o eventuală cauză. Educarea pacientului este importantă: respectarea regimului fără sare, cîntărirea zilnică pentru a detecta creşterea în greutate prin creşterea edemelor etc.

INSUFICIENȚA VENTRICULARĂ (CARDIACĂ) STÎNGĂ

Definiţie şi cauze

Incapacitatea ventriculului stîng [A 7–10] de a propulsa un volum de sînge suficient în timpul fiecărei contracţii (sistolă). Principalele cauze sînt: hipertensiunea, boala coronariană ischemică, afecţiunile valvelor (valvulopatii) şi ale muşchiului cardiac (cardiomiopatii).

Frecvenţă

Este una dintre cele mai frecvente patologii în ţările dezvoltate la adulţi şi la vîrstnici.

Semne şi simptome

Manifestările sînt în principal respiratorii: dificultate în respiraţie la efort şi în poziţie culcată, mai ales noaptea, putînd ajunge pînă la edem pulmonar acut. Medicul descoperă la auscultaţie o accelerare a bătăilor cardiace şi raluri subcrepitante care sînt semnul prezenţei de lichid în plămîni (edem pulmonar). Clasificarea dată de New York Heart Association (NYHA) cuantifică severitatea insuficienţei cardiace:

- Clasa I: dificultate în respiraţie la eforturi mari, neobişnuite, respiraţie normală la activitatea curentă.
- Clasa II: dificultate în respiraţie la mersul rapid sau la urcarea scărilor (peste două etaje).
- Clasa III: dificultate în respiraţie la mers normal sau la eforturi minime.
- Clasa IV: dificultate respiratorie permanentă de repaus.

◆ **Investigaţii**

Ecografia cardiacă permite evaluarea gravităţii afecţiunii şi obţinerea de informaţii privind mecanismul acesteia. Electrocardiograma şi radiografia pulmonară completează bilanţul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este marcată de puseuri acute (edem pulmonar acut), favorizate de nerespectarea regimului fără sare, puseurile hipertensive, întreruperea medicaţiei, apariţia unor tulburări de ritm cardiac etc. Este o boală gravă care poate duce la deces în timpul unui puseu acut rezistent la tratament sau prin moarte subită (stop cardiac survenit pe neaşteptate ca urmare a unei tulburări de ritm cardiac).

◆ **Tratament**

Constă în regim igieno-dietetic (regim fără sare, scădere în greutate) şi medicamente care ameliorează activitatea inimii (nitraţi, diuretice, inhibitori ai enzimei de conversie, digitalice). Transplantul cardiac poate fi indicat în caz de insuficienţă cardiacă foarte avansată la un subiect tînăr.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Prevenţia este cea a bolilor care pot duce la insuficienţă cardiacă, adică hipertensiunea arterială şi boala coronariană ischemică care poate duce la infarct. Educaţia constă în a-i permite pacientului să recunoască primele semne de agravare a bolii sale (creşterea dificultăţii în respiraţie), pentru a-şi putea adapta tratamentul şi a evita o decompensare mai gravă.

[illegible] VERTEBROBAZILARĂ

Circulaţie sangvină deficitară la nivelul porţiunii posterioare a creierului irigată de arterele vertebrale şi artera bazilară (numită astfel deoarece irigă baza creierului) [A 6–3]. Este cauzată de o alterare a pereţilor acestor artere, legată de depunerile de grăsime care le reduc calibrul (plăci de aterom). Manifestările sînt tranzitorii şi recidivante, uneori declanşate de un efort sau de schimbări de poziţie: dureri de cap în porţiunea posterioară a craniului, pierderea echilibrului, senzaţie de picioare moi, tulburări de vedere, episoade de somnolenţă sau de pierdere de memorie (amnezie) etc. Este

o tulburare cronică, ce se poate complica prin leziuni cerebrale. Mecanismul este astuparea arterei printr-un cheag care se formează uşor în acest vas cu pereţi deterioraţi (accident vascular cerebral).

INSULINOMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Tumoră a pancreasului [A 12] afectînd celulele care produc insulina (celulele beta ale insulelor Langerhans).

◆ **Frecvenţă**

Este o tumoră rară, apărînd în special între 50 şi 70 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Se manifestă în principal prin repetarea stărilor de leşin legate de hipoglicemie. Aceste senzaţii care apar pe nemîncate sau la efort, pot îmbrăca uneori forma de tulburare psihică, cu agitaţie marcată.

◆ **Investigaţii**

Cuprind dozarea glucozei şi a insulinei în sînge, precum şi o probă de post. Ecografia şi tomografia computerizată abdominală pot localiza tumora.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Există un risc de sechele neurologice în caz de hipoglicemie repetată (glucoza fiind unul dintre substanţele nutritive de bază ale celulelor, episoadele repetate de carenţă pot antrena moartea acestora).

◆ **Tratament**

Constă în îndepărtarea chirurgicală a tumorii. În caz de eşec sau de metastaze se va utiliza chimioterapia.

◆ **Prevenţie**

Crizele hipoglicemice repetate trebuie să determine efectuarea unui bilanţ în căutarea unei tumori de acest tip.

INTERTRIGO AL DEGETELOR DE LA PICIOARE SAU (VEZI) PICIORUL DE ATLET

INTOLERANŢA LA PROTEINELE DIN LAPTELE DE VACĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Reacţii alergice care survin la introducerea laptelui de vacă în alimentaţie. Mecanismul nu este complet elucidat: în mod sigur este implicat un factor genetic. Se asociază frecvent cu intoleranţă la alte proteine (soia, orez, grîu, ou, carne, peşte).

◆ **Frecvenţă**

Frecvenţa este de circa 0,5% din naşteri.

◆ **Semne şi simptome**

Tabloul poate fi acut, cu stare de şoc. Din fericire, în majoritatea cazurilor se manifestă doar printr-un acces de paloare însoţită de accelerarea bătăilor cardiace (tahicardie), vărsături şi diaree. Există şi o formă subacută, cu diaree şi vărsături cronice, asociate cu un sindrom de malabsorbţie şi scădere ponderală.

◆ **Investigaţii**

Diferitele explorări arată semne de malabsorbţie digestivă (lipsă de proteine în sînge = hipoproteinemie, alterarea ţesuturilor din peretele intestinului subţire prelevat prin endoscopie = atrofie vilozitară). Singurul test fiabil este proba de reintroducere a laptelui de vacă, explorare care trebuie efectuată în mediu spitalicesc, din cauza gravităţii accidentelor posibile.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Excluderea laptelui de vacă din alimentaţie duce la vindecare. Caracterul intoleranţei este tranzitoriu, cu o durată medie de 6–10 luni.

◆ **Tratament şi educaţie**

În afara întreruperii administrării laptelui de vacă, este necesară excluderea unui număr de proteine potenţial alergizante (soia, orez, carne de vită, ou, peşte), iar glutenul (cerealele) nu trebuie introdus decît spre vîrsta de un an. Iniţial vor fi utilizate laptele de mamă şi alimentele de substituţie, ulterior alimentaţia va fi diversificată progresiv, laptele de vacă fiind reintrodus ultimul, lent progresiv şi sub control medical.

◆ **Prevenţie**

În caz de antecedente familiale, cea mai bună prevenţie este alăptarea la sîn timp de cel puţin 3 luni, cu înţărcare lent progresivă.

INTOLERANȚA LA FRUCTOZĂ

Definiție și cauze

Boală genetică determinată de deficitul unei enzime (fructozo-1-fosfat aldolaza) care intervine în metabolismul fructozei (glucid prezent în fructe). Transmiterea acesteia este numită recesivă, adică este necesar ca ambii părinți să transmită gena defectă pentru ca boala să apară la copil.

Frecvență

Rară.

Semne și simptome

Copiii nu prezintă simptome decît în momentul diversificării alimentației (fructoză din fructe, miere sau anumite legume). Semnele obișnuite sînt reprezentate de vărsături, lipsa poftei de mîncare (anorexie), apatie, indispoziție, o întîrziere a creșterii în înălțime și în greutate (retard staturo-ponderal) și creșterea în volum a ficatului.

◆ **Investigații**

Diagnosticul este asigurat de dozarea enzimelor dintr-un fragment de țesut prelevat de la nivelul ficatului (biopsia hepatică). Bilanțul sangvin poate evidenția diferite anomalii, în special hipoglicemie după mese și anomalii de funcționare a ficatului.

◆ **Evoluție și complicații**

Ingestia forțată de fructoză poate antrena o alterare severă a funcției ficatului (insuficiență hepatică) cu tulburări de coagulare a sîngelui (ficatul asigură sinteza unora dintre factorii coagulării) și icter (colorație galbenă a pielii). Afectarea renală este, de asemenea, posibilă.

◆ **Tratament și educație**

Evitarea totală a fructozei, sorbitolului și zaharozei antrenează dispariția semnelor în cîteva zile. Acest regim trebuie urmat toată viața.

INTOLERANȚA LA HIDRAȚII DE CARBON SAU MALABSORBȚIA GLUCIDELOR

◆ **Definiție și cauze**

Incapacitatea de a digera zaharurile (glucidele) ca urmare a lipsei uneia sau mai multor enzime. Cel mai frecvent este deficitul de lactază, enzimă care permite digerarea lactozei, glucid din lapte (celelalte sînt mult mai rare).

◆ **Frecvență**

Există o scădere normală a activității lactazei începînd de la întreruperea alăptatului matern la toate populațiile (75% din adulți), exceptînd populația albă din țările nordice unde persistă la 60–90% dintre indivizi, din cauza unei mutații genetice.

◆ **Semne și simptome**

La copil apare diaree și se constată lipsa creșterii în greutate. La adult, simptomele sînt reduse ca importanță: flatulență, greață, diaree după ingestia de lactoză (lapte, produse lactate).

◆ **Investigații**

Scaunele sînt acide. Pentru confirmarea diagnosticului se recurge la testul de toleranță la lactoză și la testul respirator la hidrogen.

◆ **Evoluție și complicații**

În două treimi din cazuri, regimul fără lactoză dă rezultate bune. În celelalte cazuri apar frecvent tulburări digestive cronice, denumite sindrom de intestin iritabil sau colopatie funcțională.

◆ **Tratament**

Constă în regim sărac în lactoză și aport de calciu pentru a evita carențele.

INTOLERANȚA LA LACTOZĂ (VEZI) INTOLERANȚA LA HIDRAȚII DE CARBON

INVAGINAȚIA INTESTINALĂ ACUTĂ A SUGARULUI

◆ **Definiție și cauze**

Pătrunderea unui segment intestinal din amonte în lumenul segmentului intestinal din aval (ca și cînd s-ar întoarce pe dos un deget de mănușă), a cărei consecință este ocluzia. În 90% din cazuri nu se descoperă cauza.

◆ **Frecvență**

În 90% din cazuri este vorba despre copii între 3 luni și 3 ani (dintre care 60% sub un an), cu o predominență evidentă la băieți.

◆ **Semne şi simptome**
Asociere de dureri abdominale, vărsături şi eliminare de sînge prin anus (rectoragie). Palparea abdomenului poate descoperi o formaţiune constituită din masa de anse intestinale „invaginate".
◆ **Investigaţii**
Ecografia arată imaginea tipică de invaginaţie.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Prognosticul este în general bun, dar este legat de precocitatea diagnosticului. În lipsa tratamentului rapid se instalează un tablou de ocluzie sever, cu deshidratare, moartea ţesuturilor intestinului ducînd la perforaţia acestuia şi peritonită (infecţie generală a abdomenului).
◆ **Tratament**
Un tratament simplu permite, în aproape 9 cazuri din 10, reducerea invaginaţiei: este vorba despre clisma baritată, care constă în efectuarea unei clisme cu o substanţă opacă vizibilă la razele X; aceasta permite să se vizualizeze ansa intestinală „blocată". În caz de contraindicaţie sau de eşec, se recurge la intervenţia chirurgicală.
◆ **Prevenţie**
Părinţii trebuie preveniţi de riscul de recidivă (10–15% după clismă).

IPOHONDRIA SAU NEVROZA IPOHONDRIACĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Tulburare psihiatrică definită prin preocupări excesive legate de sănătate şi teama anormală de o afecţiune gravă. Un factor favorizant este personalitatea cu tendinţă la narcisism, caracterizată printr-un interes excesiv pentru propria persoană şi nevoia de dependenţă.
◆ **Frecvenţă**
Frecventă. Debutul se situează în jurul vîrstei de 30 ani la bărbaţi şi de 40 ani la femei.
◆ **Semne şi simptome**
Pacientul se plînge de numeroase simptome, cel mai adesea la nivelul abdomenului, toracelui, capului şi gîtului. Simptomele sînt descrise cu minuţiozitate, dar nu corespund nici unei boli identificabile. Pacientul sporeşte numărul solicitărilor de consultaţii şi îngrijiri medicale. Uneori toată existenţa sa se organizează în jurul bolii.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Evoluţia este cronică şi ipohondria este adesea rezistentă la orice formă de tratament. Asocierea la o depresie este un factor de prognostic nefavorabil al tulburării depresive.
◆ **Tratament**
Singurele măsuri eficiente sînt o atitudine înţelegătoare din partea medicului, asociată cooperării cu familia în scopul amenajării unui mediu favorabil, evitînd ca pacientul să amplifice în mod exagerat semnificaţia senzaţiilor sale.

IRITA ŞI IRIDOCICLITA

◆ **Definiţie şi cauze**
Inflamaţia unei părţi a membranelor care învelesc ochiul, numită uvee sau cameră anterioară, alcătuită din iris (irită) şi din corpul ciliar (iridociclită); uveea produce umoarea apoasă a ochiului şi cuprinde un muşchi care permite modificarea curburii cristalinului în timpul acomodării [A 16–16(1)]. Afecţiunea apare fie în cadrul unei infecţii locale (dentare sau ORL), fie în cadrul unei boli generale, mai ales reumatice; de cele mai multe ori, însă, nu poate fi identificată nici o cauză.
◆ **Frecvenţă**
Este o afecţiune destul de frecventă.
◆ **Semne şi simptome**
Ochiul este roşu şi dureros, cu vedere neclară (scăderea acuităţii vizuale), însoţită de senzaţie dureroasă la lumină (fotofobie) şi de îngustarea pupilelor (mioză).
◆ **Investigaţii**
Examinarea ochiului cu o lampă specială (lampă cu fantă) permite stabilirea diagnosticului.
◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În absenţa tratamentului şi în caz de recidivă, pot apărea sechele (glaucom, cataractă etc.).
◆ **Tratament**
Asociază antiinflamatorii şi medicamente care dilată pupila (midriatice), precum şi tratamentul eventualei cauze.

Prevenţie
Orice ochi roşu şi dureros necesită un examen oftalmologic.

ISCHEMIA ACUTĂ A MEMBRELOR INFERIOARE

Definiţie şi cauze
Astuparea bruscă a unei artere la nivelul unui membru inferior printr-un cheag de sînge, care poate provoca moartea ţesuturilor (gangrenă). Cele două cauze principale sînt emboliile (cheag provenit din inimă, din cauza unei disfuncţii [tulburări de ritm, deteriorare a unei valve etc. şi blocat într-o arteră în locul în care calibrul acesteia se reduce) şi trombozele (formarea locală a cheagului, din cauza unei alterări a peretelui arterial în cadrul aterosclerozei).

Frecvenţă
Este o afecţiune destul de frecventă, în special la persoanele în vîrstă.

Semne şi simptome
Apar dureri brutale, asociate cu limitarea mişcării membrului, cu paloare şi dispariţia pulsului în aval de ocluzie.

Investigaţii
Ecografia Doppler (explorare utilizînd ultrasunetele, care permit aprecierea fluxului sangvin în vase) permite stabilirea diagnosticului. În caz de dubiu se utilizează arteriografia (radiografie cu injectarea unei substanţe opace care face arterele vizibile).

Evoluţie şi complicaţii
Prognosticul depinde de rapiditatea aplicării tratamentului care are scopul de a limita la maximum suferinţa ţesuturilor care nu mai sînt irigate. În lipsa tratamentului, evoluţia se poate face spre gangrenă cu amputaţie.

Tratament
Obiectivul tratamentului este restabilirea unei circulaţii corespunzătoare la nivelul membrului inferior. Pot fi utilizate diferite tehnici, care merg de la injectarea în arteră a unui medicament pentru dizolvarea cheagului, introducerea unei sonde în arteră pentru a-l aspira sau a-l distruge sau by-pass-ul arterei profund deteriorate. În aşteptarea intervenţiei chirurgicale, care nu poate fi realizată decît de către un chirurg specializat, într-un centru adecvat, se instituie tratamentul medical, care cuprinde: heparină (anticoagulant care urmăreşte să împiedice extinderea cheagului şi să ajute la începerea dizolvării acestuia), medicamente care dilată arterele (vasodilatatoare) şi medicamente contra durerii (morfină).

◆ **Prevenţie**
Prevenţia constă în reducerea factorilor de risc ai aterosclerozei, în special a fumatului; ea presupune şi administrarea de medicamente anticoagulante (care fluidifică sîngele) în afecţiunile cardiace care prezintă riscul formării de cheaguri în inimă şi, deci, de embolie.

ISTERIA SAU NEVROZA ISTERICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Tulburare psihologică din familia nevrozelor (tulburare de funcţionare a sistemului nervos, fără alterare anatomică sau tulburări de personalitate, în care pacientul este conştient de simptome dar nu se poate debarasa de acestea) caracterizată printr-o paletă largă de tulburări corporale şi/sau psihice care permit exprimarea unor conflicte inconştiente.

◆ **Frecvenţă**
Afecţiune relativ frecventă care începe în general în adolescenţă sau la adultul tînăr, cu o predominanţă feminină netă.

◆ **Semne şi simptome**
Simptomele de conversie (reproducerea aproape a tuturor semnelor de boală organică) sînt asociate cu semne senzitive sau motorii (incapacitate de a sta în picioare sau de a merge, paralizii şi contracturi care nu respectă regulile anatomice, mişcări anormale, pierderea sensibilităţii la nivelul unor zone ale corpului, dureri, tulburări vizuale, auditive sau de vorbire). Se pot întîlni, de asemenea, crize de agitaţie de tip „criză de nervi" şi leşinuri. Manifestările psihice grupează tulburări de memorie (uitare selectivă, fabulaţie), inhibiţie intelectuală (incapacitatea de a depune un

efort intelectual) şi tulburări de vigilenţă (somnambulism, escapade, tulburări de identitate, stupoare etc.).

◆ Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia este condiţionată de mediul social şi familial. Cînd simptomul şi-a pierdut raţiunea de a fi sau cînd eventualele beneficii dobîndite de pe urma existenţei acestor tulburări au devenit neglijabile, sînt posibile stabilizări rapide.

◆ Tratament

Mijloacele utilizate sînt izolarea de mediul socio-familial, psihanaliza, hipnoza şi terapiile comportamentale.

ÎNDEPĂRTAREA OBSTACOLULUI (SINDROMUL DE)

Creştere a volumului de urină (poliurie) care apare după îndepărtarea unui obstacol localizat pe căile urinare (calcul urinar, prostată mărită etc.). Acest sindrom este determinat de o alterare tranzitorie a funcţiei renale. Tratamentul constă în compensarea pierderilor de apă şi săruri fie prin consumul adecvat de lichide, fie prin perfuzii.

ÎNTRERUPEREA VOLUNTARĂ DE SARCINĂ (IVS)

◆ Definiţie şi cauze

Avort autorizat de lege, înainte de săptămîna a 12-a de sarcină (sau a 14-a de absenţă a menstruaţiei, numită amenoree). Trebuie efectuată de un medic într-o instituţie agreată sau de un ginecolog care a încheiat o convenţie cu o instituţie agreată (cazul IVS medicamentoase). Aceste măsuri au permis reducerea mortalităţii şi a frecvenţei complicaţiilor altădată foarte ridicate, ale avorturilor clandestine.

◆ Frecvenţă

25 IVS la 100 naşteri.

◆ Procedură legală

O primă consultaţie medicală informează femeia asupra procedurii şi îi propune o discuţie cu un consilier conjugal. După un termen legal de reflecţie de 8 zile (care poate fi redus la 48 ore în caz de urgenţă), femeia trebuie să confirme în scris cererea sa. Pentru minore, consimţămîntul unuia dintre părinţi sau al reprezentantului legal rămîne regula, dar, în caz de imposibilitate, adolescenta poate apela la un „adult referent“ pe care îl alege şi, în acest caz, toate cheltuielile sînt suportate de stat. Legea prevede şi propunerea unei discuţii post-IVS cu un consilier conjugal.

◆ Metode

Aspiraţia sub anestezie locală sau generală rămîne metoda cea mai folosită. Înainte de 7 săptămîni de amenoree, este posibilă IVG medicamentoasă cu mifepristonă.

◆ Complicaţii

Sînt foarte rare, în special în IVG medicamentoase. Sînt posibile în special hemoragia sau retenţia de resturi embrionare.

J

NCȚIUNEA ELO-URETERALĂ NDROMUL DE)

Definiție și cauze

Malformație urinară prezentă de la naștere (congenitală) caracterizată printr-o anomalie de vărsare a cavităților rinichiului în ureter (tub care conduce urina de la rinichi la vezica urinară [A 13]) și care antrenează tulburări în evacuarea urinei.

Frecvență

Acest sindrom reprezintă 40% din malformațiile aparatului urinar. Este bilateral în 15% din cazuri.

Semne și simptome

Ecografia fetală poate arăta din săptămîna a 30-a de sarcină dilatațiile cavităților renale. La sugar, sindromul poate fi sugerat de prezența unei mase tumorale abdominale, de o infecție urinară severă. La adult, descoperirea este legată de o durere lombară (colică nefretică) sau de altă complicație.

Investigații

Ecografia arată o dilatare a cavităților renale. Urografia intravenoasă (injectarea unei substanțe care opacifiază urina, făcînd astfel vizibil pe radiografii întregul aparat urinar în urma excretării urinei de către rinichi) permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluție și complicații**

Principalele complicații sînt: infecțiile urinare care afectează rinichii, formarea de calculi care pot determina colici renale sau apariția de sînge în urină (hematurie); în cazul unui diagnostic tardiv poate apărea distrugerea rinichiului, iar în caz de obstacol bilateral poate apărea insuficiență renală.

◆ **Tratament**

Tratamentul este simplu și constă dintr-o intervenție chirurgicală care îndepărtează zona anormală. În caz de diagnostic tardiv, în stadiul de distrugere a rinichiului, este necesară ablația acestuia (nefrectomie), pentru a evita alte complicații; chiar dacă este vorba despre o intervenție dificilă, aceasta nu afectează calitatea vieții, întrucît se poate trăi foarte bine și cu un singur rinichi.

K

HLER (BOALA) SAU ZI) MIELOMUL LTIPLU

LA-AZAR SAU (VEZI) ISHMANIOZA VISCERALĂ

POSI-JULIUSBERG NDROMUL) SAU (VEZI) RMATITA ATOPICĂ

POSI (BOALA)

Definiţie şi cauze
Boală caracterizată prin tumori care se dezvoltă din vasele sangvine, în special de la nivelul pielii, a cărei cauză pare să fie un virus din aceeaşi familie cu virusul herpetic.

Frecvenţă
Se disting:
- Forma clasică, rară, neasociată cu SIDA, care apare la vîrstnici.
- Forma întîlnită în Africa.
- Forma care afectează bolnavii de SIDA, în special homosexualii.
- Forma apărută după un transplant (care se dezvoltă din cauza scăderii imunităţii organismului – numită imunodepresive – indusă de tratamentele antirejet).

Semne şi simptome
Leziunile constau din placarde roşii, violacee asociate cu mici excrescenţe, care se pot transforma în răni ce nu se vindecă (noduli ulceraţi); apar iniţial la nivelul membrelor inferioare, în forma clasică şi în porţiunea superioară a corpului în caz de imunodepresie. În forma africană, se observă mai frecvent leziuni mai grave, cu atingerea unor organe interne.

◆ **Investigaţii**
Prelevarea unui fragment de piele pentru examinarea la microscop (biopsie) permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În forma clasică, evoluţia se face lent, în mai mulţi ani. În SIDA, reprezintă o complicaţie inestetică, reprezentînd rar cauza decesului. Unele forme africane sînt foarte agresive şi duc rapid la deces.

◆ **Tratament**
Leziunile superficiale, puţin evolutive, sînt tratate local (electrocoagulare [aplicarea de curent electric], crioterapie [aplicarea unei temperaturi scăzute] etc.). În SIDA, tratamentul cu medicamente antivirale care urmăreşte să stopeze multiplicarea virusului HIV, permite adesea regresia şi chiar dispariţia completă a bolii Kaposi. În caz de ineficacitate se recurge la chimioterapie.

KAWASAKI (BOALA)

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală acută a copilului sub 5 ani însoţită de febră importantă. Cauza ei rămîne necunoscută.

◆ **Frecvenţă**
Este rară, dar rămîne prima cauză de boală cardiacă la copil (în afara bolilor prezente de la naştere, numite congenitale). Băieţii sînt mai frecvent afectaţi decît fetele. Apariţia este mai frecventă în jurul vîrstei de 18 luni.

◆ **Semne şi simptome**
Debutează cu febră rezistentă la [illegible] mentul obişnuit. Ulterior apar [illegible] vită bilaterală asociată cu o [illegible] pielii (exantem) de pe trunchi [illegible] în puseuri; roşeaţa dispare [illegible] (eritem), la nivelul [illegible]

lor, este dureroasă, cu detaşarea unor lamele fine de piele (descuamare) către ziua a 10-a; o inflamaţie a cavităţii bucale (stomatită) cu o limbă ce are aspect de zmeură şi ganglioni măriţi la nivelul gîtului. Gravitatea bolii este dată de extinderea inflamaţiei la nivelul inimii, cu atingerea muşchiului (miocardită) şi a învelişului acesteia (pericardită), care nu dau simptome imediat, dar care se află la originea dezvoltării unor dilataţii ale arterelor inimii (anevrisme coronariene) în aproximativ 10% din cazuri.

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine descoperă semne de inflamaţie şi o creştere a numărului de plachete.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Vindecarea se produce de obicei în cîteva săptămîni. Boala poate fi, însă, mortală în 1–2% din cazuri, din cauza complicaţiilor cardiace.

◆ **Tratament**

Medicamentele utilizate sînt aspirina şi imunoglobulinele (anticorpi polivalenţi care protejează global organismul împotriva agresorilor săi).

◆ **Prevenţie**

Este necesară o supraveghere specială, întrucît apare un risc coronarian la vîrsta adultă în caz de anevrisme.

KERATITA

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune caracterizată prin inflamaţie însoţită uneori de alterarea structurii şi apariţia unor răni ale corneei [A 16–14(1)]. Cauzele sînt reprezentate de infecţii (virusuri, în special herpetic, bacterii, ciuperci şi amibe la purtătorii de lentile de contact), traumatisme (lumină prea puternică, sudură cu arc electric etc.), uscăciunea ochiului (sindromul Gougerot-Sjögren ş.a.), zona zoster oftalmică sau afecţiuni alergice.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune frecventă, ca urmare a multitudinii cauzelor.

◆ **Semne şi simptome**

Ochiul este roşu, dureros (senzaţie de corp străin), cu sau fără scăderea acuităţii vizuale. Apar lăcrimare şi uneori senzaţie dureroasă la lumină (fotofobie).

◆ **Investigaţii**

Instilarea unui colorant – fluoresceina – îi permite oftalmologului să descopere răni (ulceraţii) cu ajutorul unei lămpi speciale – lampa cu fantă – care pot orienta spre o anumită cauză (ulceraţiile din herpes). Probele prelevate de la nivelul leziunilor vor permite identificarea germenelui eventual implicat.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Se pot produce leziuni grave şi definitive ale corneei, care antrenează alterarea vederii. În acest caz, singurul tratament este transplantul de cornee, a cărei fezabilitate este limitată considerabil de numărul redus de grefe disponibile.

◆ **Tratament**

În toate cazurile se utilizează colire cicatrizante, pansamente care închid ochiul şi medicamente contra durerii. Colirele antibiotice nu trebuie utilizate decît după identificarea germenelui eventual implicat şi testarea eficacităţii lor asupra acestuia. Herpesul necesită un tratament antiviral.

◆ **Prevenţie**

Colirele care conţin cortizon sînt strict contraindicate în caz de infecţie virală, deoarece riscă să o agraveze. De la primele semne, este indispensabilă prezentarea la oftalmolog, pentru ca acesta să pună diagnosticul şi să iniţieze un tratament precoce adecvat pentru a evita complicaţiile.

KERATOMALACIA SAU XEROFTALMIA

Distrugerea progresivă a corneei [A 16–14(1)] prin frecare din cauza unei uscăciuni a corneei şi a conjunctivei. Reprezintă prima cauză de pierdere a vederii (cecitate) la copilul mic în majoritatea ţărilor în curs de dezvoltare. Această afecţiune este provocată de malnutriţie, prin carenţă de vitamina A. Tratamentul şi prevenţia constau în administrarea de vitamina A.

KERATOZA ACTINICĂ SAU SOLARĂ

Definiţie şi cauze
Leziune premalignă frecventă a pielii, a cărei cauză este expunerea la soare (raze ultraviolete).

Frecvenţă
Foarte frecventă, determinînd un număr tot mai mare de cancer al pielii.

Semne şi simptome
Leziunile se dezvoltă pe zonele expuse la soare (frunte, gît, urechi, dosul mîinilor etc.). Ele apar iniţial ca pete galbene sau brune, plane, acoperite de o crustă cenuşie, rugoasă, uscată şi foarte aderentă. Dimensiunile lor iniţiale sînt adesea sub 1 cm, dar ele pot conflua ulterior.

Investigaţii
Prelevare de ţesut pentru examinarea la microscop (biopsia) nu este necesară decît în cazul dificultăţii de a face distincţia cu o leziune canceroasă.

Evoluţie şi complicaţii
10–20% din bolnavii netrataţi vor dezvolta un cancer.

Tratament
Distrugerea prin aplicarea locală de temperaturi scăzute (crioterapia), de curent electric (electrocoagularea), sau cu ajutorul laserului permite o rată de vindecare de aproape 100%.

Prevenţie şi educaţie
Protejarea pielii de expunerea la soare este esenţială, mai ales la persoanele cu piele albă: haine, pălărie, umbră, creme cu ecran solar. Este necesară urmărirea anuală a leziunilor pentru depistarea unei eventuale malignizări.

KERATOZA SEBOREICĂ

Definiţie şi cauze
Boală a pielii caracterizată prin prezenţa unor zone de îngroşare colorate, adesea multiple, localizate cel mai frecvent pe trunchi şi faţă. Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**
Este foarte frecventă după 40 ani.

◆ **Semne şi simptome**
Mici ridicături ale pielii (papule) de culoare maronie, cu suprafaţă neregulată (asemănătoare unor veruci), presărate cu orificii obstruate de dopuri de keratină (proteină caracteristică a pielii).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Este întotdeauna benignă şi cu evoluţie pe termen nedefinit. Pot apărea iritaţie şi mîncărimi.

◆ **Tratament**
Nu este necesar nici un tratament, în afara cazurilor de prejudiciu estetic, mîncărimi (prurit) sau de suspiciune de transformare malignă (melanom). În acest caz, este necesară distrugerea leziunilor prin electrocoagulare (aplicarea de curent electric) sau crioterapie (aplicarea de temperaturi scăzute).

KERATOZA SENILĂ

Este vorba despre acelaşi tip de leziuni ca acelea din keratoza actinică, dar care apar frecvent la persoane în vîrstă.

KLINEFELTER (SINDROMUL)

◆ **Definiţie şi cauze**
Anomalie a numărului de cromozomi, caracterizată prin prezenţa unui cromozom sexual X suplimentar la un băiat, al cărui cariotip (analiza cromozomilor) devine astfel XXY.

◆ **Frecvenţă**
Afectează o naştere la 1 000 băieţi.

◆ **Semne şi simptome**
Semnele evocatoare sînt talia mare, disproporţionată (membrele inferioare prea lungi), testiculele mici cu un penis normal, hipertrofia sînilor (ginecomastie), tulburările de comportament cu retard mental.

◆ **Investigaţii**
Cariotipul permite stabilirea diagnosticului.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
Apare sterilitate cu absenţa spermatozoizilor (azoospermie), prin dezvoltare anormală a testiculelor.

◆ **Tratament**
Constă în administrarea de hormoni masculini (androgeni), dar sterilitatea este definitivă.

KORSAKOV (SINDROMUL)

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală neurologică apărută la alcoolicii croni-

ci a cărei cauză probabilă este carenţa de vitamina B1 indusă de alcoolism.

Frecvenţă

Rară.

◆ **Semne şi simptome**

Predomină tulburările de memorie recentă (incapacitatea de a reţine evenimentele recente) în timp ce memoria evenimentelor mai vechi este mai bine conservată. Apar, de asemenea, dezorientare, fabulaţie (inventarea unei poveşti privind experienţa recentă) şi false recunoaşteri.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se pune în special pe baza tulburărilor neurologice şi a contextului. Examenul IRM poate arăta leziuni cerebrale sugestive.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este cronică. Tratamentul cu vitamina B1 poate uneori să aducă o ameliorare parţială.

◆ **Tratament**

Iniţial se instituie tratament cu vitamina B1. Este necesar tratamentul psihiatric, uneori cu spitalizarea într-un mediu specializat.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Dincolo de întreruperea definitivă a consumului de alcool, profilaxia secundară constă în aportul sistematic şi continuu de vitamine din complexul B la alcoolicii cronici.

KURU

Boală neurologică progresivă provocată de un prion (proteină anormală care se acumulează în neuroni), întîlnită în Noua Guinee. Relativ frecventă pînă în 1960, aceasta pare să fi fost favorizată de practicile canibale; astăzi sînt raportate mai puţin de 10 cazuri pe an. Perioada dintre contaminare şi declanşarea bolii poate atinge 30 ani. Decesul survine în mai puţin de un an de la declanşarea bolii.

KWASHIORKOR

Malnutriţie cronică, în care deficitul predominant este la nivelul proteinelor. Este o boală a copilului mic, între 6 luni şi 3 ani (după întreruperea alăptării), în ţările sărace din Africa, în care alimentaţia este compusă în principal din legume şi cereale sărace în proteinele de care copilul are nevoie pentru a-şi asigura creşterea. Tabloul asociază edeme, mai ales la nivelul picioarelor şi al mîinilor, scădere în greutate, leziuni ale pielii, creşterea în dimensiuni a ficatului (hepatomegalie), scăderea nivelului de albumine în sînge (hipoalbuminemie) şi o întîrziere în creştere. Corectarea acestei carenţe se face treptat, pentru a evita complicaţiile care pot antrena o mortalitate importantă.



LA PEYRONIE (BOALA)

Curbură a penisului în erecţie asociată cu dureri care pot uneori să împiedice penetrarea vaginală. Cauza este prezenţa unei plăci de ţesut rigid (fibroză) la nivelul corpilor cavernoşi ai penisului [A 15–5]. De cauză necunoscută, boala La Peyronie afectează bărbaţii în general după 40 ani. Tratamentul nu este necesar decît dacă deviaţia incomodează raporturile sexuale; în acest caz se efectuează o intervenţie chirurgicală care corectează curbura.

LABIRINTITA

Inflamaţia unei porţiuni a urechii interne, numită labirint, care este esenţială pentru controlul echilibrului [A 16(2)]. Cel mai frecvent este vorba despre o infecţie produsă de un virus sau de o bacterie (otită incorect tratată). Principalele semne sînt: ameţeli puternice, scăderea auzului, fluierături, vîjîituri în urechi şi uneori paralizia unei părţi a feţei. În cazul originii virale, vindecarea este spontană în cîteva zile şi sînt suficiente repausul şi administrarea de medicamente antivertiginoase (medicamente împotriva ameţelilor, de exemplu acetil leucină). Dimpotrivă, în caz de infecţie bacteriană, tratamentul constituie o urgenţă, asociat uneori cu o intervenţie chirurgicală în caz de abces. Dacă se întîrzie iniţierea tratamentului, sînt posibile sechele grave: surditate definitivă şi meningită (extensia infecţiei la meningele situate în vecinătate).

LAMBLIAZA SAU GIARDIAZA

LANDOUZY – DEJERINE SAU DISTROFIA MUSCULARĂ FACIO-SCAPULO-HUMERALĂ

Boală genetică din familia miopatiilor, caracterizată printr-o slăbiciune a muşchilor feţei şi umerilor. Transmiterea este numită dominantă, ceea ce înseamnă că este suficient ca unul dintre părinţi să fie afectat pentru ca şi copiii să fie. Această boală afectează o persoană din 20 000. Debutează între 7 şi 20 ani, iar speranţa de viaţă este normală.

LARINGITA ACUTĂ A COPILULUI

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţie acută a laringelui [A 11–15(1)] avînd drept consecinţă tumefacţia (edemul) mucoasei, ce duce la strîmtarea laringelui şi obstrucţionarea trecerii aerului respirat. Cauza obişnuită este o infecţie virală. Forma cea mai frecventă afectează regiunea corzilor vocale (laringită subglotică). Forma care afectează glota, numită epiglotită, şi-a redus, din fericire, considerabil frecvenţa de la generalizarea vaccinării împotriva *Haemophilus influenzae*, care era principalul germen responsabil. Într-adevăr, tumefacţia bruscă a glotei poate antrena în acest caz obstrucţia completă a căilor respiratorii cu asfixie acută.

◆ **Frecvenţă**

Laringita este foarte frecventă la copilul între 1 şi 6 ani şi se manifestă cel mai frecvent în cadrul unor epidemii apărute în timpul iernii.

◆ **Semne şi simptome**

În timp ce copilul suferă de o rinofaringită banală, apare, adesea în cursul nopţii, o dificultate de a inspira, însoţită de un

şuierat (cornaj) şi de eforturi respiratorii importante, care se traduc prin deprimarea peretelui toracic vizibilă între coaste şi deasupra claviculelor (tiraj). Plînsul şi tusea sînt răguşite, expiraţia se face fără probleme.

◆ **Investigaţii**

Diagnosticul se pune ascultînd şi privind copilul cum respiră.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia spre o formă gravă este întotdeauna posibilă, dar din fericire excepţională, cu asfixie care impune instituirea respiraţiei artificiale.

◆ **Tratament**

Tratamentul se poate face în majoritatea cazurilor la domiciliu şi are ca scop reducerea inflamaţiei mucoasei. Prima măsură este umidificarea aerului (iniţial punînd copilul în baie şi lăsînd să curgă apă caldă pentru a degaja aburi, ulterior aerosoli). Medicamentele antiinflamatorii eficiente sînt corticoizii (de exemplu betametazona sub formă de picături). În lipsa ameliorării este necesară spitalizarea.

LARINGITA CRONICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Inflamaţie cronică a laringelui şi în special a corzilor vocale [A 11–15(1)]. Factorii favorizanţi sînt fumatul, factorii climaterici (meserii în aer liber ş.a.) sau surmenajul vocal (cadre didactice, cîntăreţi etc.).

◆ **Frecvenţă**

Foarte frecventă.

◆ **Semne şi simptome**

Alterarea cronică a vocii (răguşeala) este semnul capital. Ea poate fi însoţită de tuse şi de senzaţie de jenă la nivelul gîtului.

◆ **Investigaţii**

Orelistul poate vizualiza laringele cu ajutorul unui aparat numit laringoscop, care îi permite si să efectueze prelevări de ţesut pentru examinarea la microscop (biopsie) în caz de suspiciune a unei leziuni maligne.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Dincolo de caracterul cronic, care poate avea consecinţe socioprofesionale, principala complicaţie este o eventuală transformare în cancer.

◆ **Tratament**

Întreruperea fumatului şi repausul vocal reprezintă primele măsuri. În unele cazuri, laserul şi microchirurgia corzilor vocale pot fi utile.

LARINGITA STRIDULOASĂ

Formă particulară de laringită acută în care tumefacţia mucoasei este situată deasupra corzilor vocale (în porţiunea inferioară a faringelui [A 11-18(1)]). Debutul este brusc, nocturn, asociind chinte de tuse urmate de accese de sufocare şi de un inspir profund, foarte şuierător. Aceste episoade apar frecvent în cadrul unei rinofaringite şi sînt în general de scurtă durată. Tratamentul constă din: umidificarea atmosferei, corticoizii şi spălăturile nazale.

LARINGOCELUL

Hernie (mic sac), formată la nivelul peretelui laringelui [A 11-15(1)]. Poate fi vorba despre o anomalie din naştere (laringocel congenital), care se manifestă la o persoană tînără, cu tuse cronică sau după utilizarea unor instrumente de suflat (trompetă). În alte cazuri, poate fi asociată unui cancer de laringe. Semnele care duc la descoperirea bolii sînt modificarea vocii sau apariţia unei mase tumorale la nivelul gîtului. Tratamentul chirurgical permite înlăturarea herniei, dar nu este indicat decît în formele voluminoase şi/sau care dau simptome persistente.

LARINGOMALACIA SAU (VEZI) STRIDORUL LARINGIAN CONGENITAL

LARVA MIGRANS CUTANATĂ SAU „LARBISH"

◆ **Definiţie şi cauze**

Erupţie cutanată provocată de larvele unor paraziţi ai cîinilor şi pisicilor, numiţi ankilostome (*Ancylostoma caninum şi Ancylostoma brasiliense*), care penetrea-

ză prin piele pornind de la nivelul solului contaminat (mers cu picioarele goale pe plajă).

◆ **Frecvenţă**

Reprezintă o afecţiune frecventă în zonele tropicale, cu o recrudescenţă în timpul sezonului ploios.

◆ **Semne şi simptome**

Penetrarea larvelor sub piele se manifestă prin mîncărimi, roşeaţă şi erupţie cu vezicule puţin supradenivelate. Ulterior, 2–4 zile mai tîrziu, deplasarea larvelor face să apară una sau mai multe dîre sinuoase care provoacă mîncărimi puternice şi înaintează cîţiva centimetri pe zi, în mod neregulat. Aceste leziuni sînt localizate la nivelul punctului de contact al pielii cu solul.

◆ **Investigaţii**

Sînt inutile.

Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia este către moartea spontană a larvei în 2–8 săptămîni. Principala complicaţie este infectarea leziunilor cutanate provocată de scărpinare.

Tratament

Medicamentele antiparazitare eficiente sînt tiabendazolul şi ivermectinul, asociate cu medicamente care combat mîncărimile (antipruriginoase), sub formă de cremă sau de pomadă.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Trebuie evitat mersul cu picioarele goale sau aşezarea direct pe nisipul plajelor infestate.

LARVA MIGRANS VISCERALĂ

Ansamblu de simptome provocate de larve ale unor paraziţi (viermi) care rămîn blocate în organism şi migrează în diferitele organe. Există trei tipuri: toxocaroza, angiostrongiloza şi anisakiaza.

LASSA (FEBRA) (VEZI) FEBRA LASSA

LEBER (BOALA)

Boală ereditară care afectează vederea şi care apare în special la bărbaţi între 15 şi 30 ani. Afectează o persoană din 55 000. Se caracterizează prin atingerea nervului optic, tradusă printr-o scădere bruscă a acuităţii vizuale la mai puţin de 1/10. Se instalează întîi la un ochi, apoi la amîndoi, în general în două luni. Cînd atinge maximum, persoana afectată orbeşte complet. Nu există tratament specific, singura măsură utilă este consilierea genetică. La persoanele purtătoare ale genei defecte, suprimarea unor factori care favorizează dezvoltarea bolii, precum fumatul şi alcoolul, este obligatorie.

LEGG-PERTHES-CALVÉ (BOALA) SAU (VEZI) COXA PLANA

LEGIONELOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Infecţie pulmonară produsă de *Legionella pneumophila*, bacterie care se dezvoltă în mediile umede, în special în instalaţiile de climatizare şi în canalizările de apă caldă. Contaminarea omului se face prin inhalarea micilor picături de apă care vehiculează germenele.

◆ **Frecvenţă**

Legionelozele reprezintă în jur de 5% din infecţiile pulmonare din spital. Circa 10% par să fie dobîndite în spital, unde pot apărea epidemii.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele simptome sînt: febra însoţită de frisoane, tuse seacă apoi cu expectoraţie, scăderea frecvenţei cardiace (bradicardie), tulburări digestive (greaţă, diaree, vărsături) şi semne neurologice (dureri de cap, confuzie).

◆ **Investigaţii**

Identificarea germenelui se face pe baza secreţiilor prelevate de la nivelul bronhiilor. Este posibilă şi identificarea unor anticorpi în sînge (serodiagnostic). Radiografia pulmonară arată semne de infecţie, dar care nu sînt specifice legionelozei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă, care poate fi mortală.

◆ **Tratament**
Tratamentul antibiotic utilizează în special eritromicina.
◆ **Prevenție**
În caz de epidemie, sursele de contaminare (dușuri, instalații de aer condiționat etc.) trebuie identificate și sterilizate.

LEINER-MOUSSOUS (BOALA) SAU ERITRODERMIA DESCUAMATIVĂ A SUGARULUI

◆ **Definiție și cauze**
Boală a pielii care afectează întregul corp, dar mai ales fața și fesele. Se mai numește și eritrodermia descuamativă generalizată a sugarului. Originea este necunoscută.
◆ **Frecvență**
Este o afecțiune rară care afectează copilul sub trei luni.
◆ **Semne și simptome**
Apar plăci de culoare roșu închis cu cruste (scuame) îngroșate, gălbui și grase. Aceste leziuni sînt în general bine suportate și nu produc mîncărimi.
◆ **Investigații**
Nu este necesară nici o explorare pentru stabilirea diagnosticului.
◆ **Evoluție și complicații**
În majoritatea cazurilor, evoluția este favorabilă în cîteva săptămîni. Principalele complicații sînt pierderile de căldură, apă, săruri și proteine prin pielea care nu își îndeplinește corect funcția, ceea ce poate antrena o scădere a tensiunii arteriale. Infecțiile sînt posibile și pot duce la septicemie (infecție generalizată a organismului).
◆ **Tratament**
Spălarea zilnică cu săpun și șampon, precum și aplicarea de antiseptice locale sînt necesare pînă la dispariția crustelor. Creme sau pomezi pe bază de corticoizi pot fi, de asemenea, utilizate timp de cîteva zile.

LEISHMANIOZA CUTANATĂ SAU BUTONUL DE ORIENT

◆ **Definiție și cauze**
Infecție provocată de un parazit din familia protozoarelor (organism unicelular), *Leishmania tropica*, transmisă prin înțepătura unor insecte (flebotomi). Perioada dintre înțepătură și declanșarea bolii (perioada de incubație) este de cîteva luni.
◆ **Răspîndire**
Se întîlnește în zona mediteraneană, în Asia și Africa.
◆ **Semne și simptome**
Apare o zonă supradenivelată a pielii (papulă), de culoare roșie, care se întinde la suprafață și în profunzime, ulcerează și se acoperă cu o crustă, localizată în general la nivelul feței și numită buton de Orient. Leziunea este unică sau multiplă, situată pe zonele de piele descoperită. Vindecarea se face spontan în cîteva luni, lăsînd o cicatrice definitivă.
◆ **Investigații**
Prelevarea de țesut de la nivelul leziunii prin raclare permite evidențierea leishmaniilor la examenul microscopic. Injectarea de leishmanină în piele (intradermoreacție similară celei realizate cu tuberculină pentru diagnosticul tuberculozei) produce o reacție pozitivă.
◆ **Evoluție și complicații**
Există riscul de infectare a leziunii cu alte bacterii și posibilitatea extinderii leziunilor.
◆ **Tratament**
Medicamentele utilizate sînt N-metilglucamina (Glucantime®) și stibogluconatul de sodiu (Pentostam®) pe cale generală sau locală, precum și antibiotice în caz de suprainfectare.
◆ **Prevenție**
Prevenția se bazează pe combaterea țînțarilor (prin substanțe care îndepărtează țînțarii sau plase impregnate cu astfel de substanțe).

LEISHMANIOZA VISCERALĂ SAU KALA-AZAR

◆ **Definiție și cauze**
Infecție cu un parazit, *Leishmania donovani*, transmis de insecte (țînțari numiți flebotomi), care invadează sîngele și măduva osoasă. Intervalul dintre înțepătură și declanșarea bolii (perioada de incubație) este de 3 luni.

Răspîndire

Boala este prezentă în India, China, Asia centrală, Africa, Bazinul mediteraneean şi în America de Sud. Persoanele cu imunitate scăzută (imunodeprimate) sînt deosebit de vulnerabile.

Semne şi simptome

Asocierea de febră oscilantă (vîrfuri de peste 40°C, scădere şi ulterior reascensionare) cu alterarea stării generale şi paloare. Ficatul şi splina sînt mărite de volum şi devin palpabile sub coaste, respectiv în dreapta şi în stînga. Apar, de asemenea, ganglioni măriţi la nivelul gîtului şi mai ales al axilelor.

Investigaţii

Analizele sangvine arată o scădere a numărului tuturor clulelor (pancitopenie), asociată cu semne de inflamaţie. Examinarea unui eşantion de măduvă osoasă obţinută printr-o puncţie la nivelul sternului (numită mielogramă) pune în evidenţă parazitul. Prezenţa anticorpilor împotriva parazitului în sînge confirmă diagnosticul (serodiagnostic).

Evoluţie şi complicaţii

Cu un tratament precoce se obţine vindecarea fără sechele. Dimpotrivă, în caz de imunitate scăzută, evoluţia poate fi mortală, cu apariţia pe piele a unor pete de culoare închisă pline cu paraziţi, de unde numele de „kala-azar“ sau moarte neagră în sanscrită.

Tratament

Medicamentele antiparazitare eficiente sînt antimoniatul de meglumin, pentamidina sau amfotericina B.

Prevenţie şi educaţie

Prevenţia constă în utilizarea de insecticide împotriva ţînţarilor şi de plase pentru ţînţari impregnate cu astfel de substanţe.

LENNOX-GASTAUT (SINDROMUL)

Una dintre cele mai severe forme de epilepsie ale copilului, cu debut în general între 3 şi 5 ani. Afectînd mai frecvent băieţii, ea poate apărea la copii normali sau în cazul unor malformaţii cerebrale sau al unor afecţiuni neurologice diverse. Crizele de convulsii prelungite (stare de rău epileptic) sînt frecvente. Tratamentele disponibile sînt destul de dezamăgitoare.

LENTIGO

Pată lenticulară (în formă de lentilă), de cîţiva milimetri în diametru, bine delimitată, plană, netedă, de culoare brună sau neagră uniformă. Copilul este afectat pe zonele expuse la soare (lentigo solar juvenil); la adult, petele pot fi foarte numeroase, cu tendinţă de dispariţie la vîrstnic.

LEPRA SAU BOALA HANSEN

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă cronică, ce atacă în special pielea şi nervii. Este produsă de bacilul Hansen sau *Mycobacterium leprae.* Contagiozitatea sa este relativ scăzută. Transmiterea se face de la o persoană la alta prin inhalarea de mici picături de salivă contaminate (strănutul sau tusea unui bolnav), sau prin piele, în urma contactului cu răni ale unui bolnav. Perioada dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este lungă şi se poate întinde de la 3 la 20 ani.

◆ **Frecvenţă**

Mai sunt semnalate cazuri izolate în ţările în curs de dezvoltare din zona tropicală. OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii) a lansat un program mondial de eradicare a bolii.

Semne şi simptome

Se disting trei forme:

1. Forma tuberculoidă, cea mai frecventă, caracterizată prin pete cutanate de culoare deschisă însoţite de pierderea sensibilităţii şi de leziuni ale nervilor care devin palpabili sub formă de cordoane groase presărate de umflături, în special la nivelul gîtului, gambelor şi coatelor. Pielea devine uscată, apar ulceraţii (răni care nu se vindecă) la nivelul picioarelor însoţite de deformări prin retracţia tendoanelor, care afectează şi mîinile.

2. Forma lepromatoasă, cea mai

gravă, se manifestă prin zone de piele supradenivelate, ferme, lucioase şi dureroase, numite leproame. Leziunile feţei antrenează distrugerea cartilajului nazal. Febra şi astenia marcată sînt adesea prezente.

3. **Forma nedeterminată,** care este intermediară între cele două forme precedente.

◆ **Investigaţii**

Bacilul poate fi pus în evidenţă la microscop pe probele prelevate de la nivelul leziunilor în forma lepromatoasă. Prelevarea unui fragment de piele (biopsia cutanată) permite stabilirea diagnosticului în forma tuberculoidă.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Evoluţia este în general cronică, cu apariţia unor tulburări neurologice care afectează sensibilitatea şi motricitatea, cu afectarea pielii, tendoanelor şi muşchilor, paralizii şi deformări progresive ale picioarelor şi mîinilor. Episoadele acute sînt de asemenea posibile. Dar dacă tratamentul este instituit la debutul bolii, acesta permite vindecarea completă. În formele grave, el permite limitarea evoluţiei leziunilor.

◆ **Tratament**

Protocoalele de tratament ale OMS recomandă asocierea de dapsonă, rifampicină şi clofazimină timp de 6–24 luni.

◆ **Prevenţie**

Lepra tuberculoidă este considerată ca necontagioasă. Pentru celelalte forme, contagiozitatea este redusă rapid de tratament. Eradicarea leprei este un obiectiv posibil, deoarece singurul rezervor cunoscut al germenelui este omul.

LEPTOSPIROZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Grup de infecţii produse de germeni din genul *Leptospira* care afectează animalele şi sînt transmise accidental la om. Contaminarea se face la nivelul pielii (mici răni), fie prin contact direct, fie prin apă sau sol contaminat, sau, mai rar, prin muşcături. Forma gravă care afectează omul se numeşte leptospiroză icterohemoragică şi este transmisă de la şobolan (prin scăldat în rîuri, lucrători în reţelele de canalizare). Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 4–10 zile.

◆ **Frecvenţă**

Este o boală relativ frecventă în întreaga lume.

◆ **Semne şi simptome**

Forma icterohemoragică se manifestă prin febră şi icter (coloraţie galbenă a pielii), asociate cu semne de meningită (dureri de cap, vărsături, redoare de ceafă, intoleranţă la lumină) şi o afectare a funcţiei renale tradusă prin scăderea volumului de urină. Această fază iniţială durează 5 zile, ulterior apărînd o recădere spre ziua a 15-a.

◆ **Investigaţii**

Bandeleta urinară evidenţiază urme de proteine şi de sînge în urină. Germenele poate fi identificat în probele de sînge (hemoculturi), în lichidul cefalorahidian (puncţie lombară) şi în urină. Identificarea de anticorpi în sînge se numeşte serodiagnostic Martin-Petit.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul permite în general o vindecare rapidă. Este vorba, totuşi, despre o boală severă, ale cărei complicaţii pot fi grave: insuficienţă renală acută, sîngerări difuze generalizate, leziuni cardiace şi neurologice.

◆ **Tratament**

Antibioticele utilizate sînt penicilina sau cele din familia ciclinelor (de exemplu doxiciclina).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Se recomandă vaccinarea populaţiilor cu risc. Prevenţia generală constă în deratizare, asanarea focarelor de infecţie şi interzicerea scăldatului în apele contaminate.

LEUCEMIA ACUTĂ LIMFOBLASTICĂ (LAL)

◆ **Definiţie şi cauze**

Cancer al sîngelui care se manifestă prin producerea necontrolată de către măduva osoasă a unor globule albe, numite limfocite, care invadează sîngele şi organele. Consecinţa este scăderea producţiei celorlalte globule albe, a hematiilor şi a trombocitelor. Cauza nu este cunos-

cută, dar au fost descoperiţi o serie de factori favorizanţi: radiaţiile, intoxicaţia cu benzen şi unele anomalii genetice.

Frecvenţă

Reprezintă 80% dintre leucemii la copil şi 20% la adult. Este cel mai frecvent cancer la copil, care se declanşează mai frecvent între 3 şi 4 ani. La adult, există o predominanţă masculină, iar gravitatea creşte cu vîrsta.

Semne şi simptome

Principalele semne sînt reprezentate de: paloare, astenie, hemoragii şi infecţii, manifestări legate de disfuncţia măduvei osoase; creşterea în dimensiuni a splinei (splenomegalie), care devine palpabilă sub coaste în partea stîngă, mărirea ganglionilor, dureri osoase, tulburări neurologice şi afectarea testiculelor la bărbat.

Investigaţii

Cele două analize care permit stabilirea diagnosticului sînt: hemograma (numărătoarea globulelor şi a plachetelor din sînge) şi mielograma (analizarea la microscop a unei probe de măduvă osoasă prelevată cu ajutorul unui ac de la nivelul sternului).

Evoluţie şi complicaţii

Este cancerul pentru care progresele terapeutice au fost cele mai spectaculoase, cu vindecare fără schele la majoritatea copiilor. Rezultatele sînt mai puţin bune la adulţi. Principalele complicaţii în faza iniţială sînt: infecţiile, hemoragiile şi afectarea meningelui şi a creierului. Ulterior, sînt posibile recăderi, de aceea este necesară supravegherea periodică.

Tratament

Mijloacele terapeutice utilizate în funcţie de faza bolii sînt: chimioterapia, administrarea de corticoizi în doze mari, radioterapia şi transplantul de măduvă osoasă.

Prevenţie şi educaţie

Faza iniţială a tratamentului antrenează ceea ce se numeşte o aplazie medulară, adică distrugerea celulelor care produc globulele şi plachetele în măduvă. Această stare necesită informarea pacientului şi precauţii speciale pentru protejarea lui împotriva infecţiilor.

LEUCEMIA ACUTĂ MIELOBLASTICĂ (LAM)

◆ **Definiţie şi cauze**

Cancer al sîngelui care se manifestă prin producerea necontrolată de către măduva osoasă a anumitor globule albe, numite leucocite, care invadează sîngele şi diferite organe. Consecinţa este scăderea producţiei celorlalte globule albe, a globulelor roşii şi a plachetelor sangvine. Cauza nu este cunoscută, dar au fost descoperiţi o serie de factori favorizanţi: factori genetici, radiaţii, intoxicaţia cu benzen, transformarea în leucemie mielocitară cronică.

◆ **Frecvenţă**

Este rară la copil, iar frecvenţa sa creşte odată cu vîrsta (jumătate din cazuri sînt diagnosticate după 50 ani).

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt reprezentate de: paloare, astenie, infecţii şi hemoragii legate de disfuncţia măduvei osoase, precum şi de creşterea în dimensiuni a ficatului, a splinei şi a ganglionilor, afectarea pielii, a gingiilor şi uneori a oaselor.

◆ **Investigaţii**

Cele două analize care permit stabilirea diagnosticului sînt: hemograma (numărătoarea globulelor şi a plachetelor din sînge) şi mielograma (analizarea la microscop a unei probe de măduvă osoasă prelevată de la nivelul sternului cu ajutorul unui ac).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă, dar noile tratamente puse la punct permit un bun răspuns iniţial. Totuşi, recidivele sînt relativ frecvente în anii care urmează.

◆ **Tratament**

Constă în chimioterapie şi transplant de măduvă, în special la persoanele tinere.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Faza iniţială a tratamentului antrenează ceea ce se numeşte aplazie medulară, adică distrugerea celulelor care produc globulele şi plachetele sang-

vine în măduvă. Această stare necesită informarea pacientului şi precauţii speciale pentru protejarea acestuia împotriva infecţiilor.

LEUCEMIA CU CELULE „PĂROASE"

◆ **Definiţie şi cauze**

Cancer al sîngelui din grupul leucemiilor limfatice cronice, caracterizat prin producerea necontrolată de către măduva osoasă a unui anumit tip de globule albe, care prezintă la microscop un aspect „păros". Cauza este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Această boală reprezintă circa 2% din leucemii. Ea afectează adultul în jurul vîrstei de 60 ani cu o predominanţă masculină.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt astenia şi paloarea, însoţite de creşterea în volum a splinei (splenomegalie), care devine palpabilă sub coaste în partea stîngă. Într-un anumit număr de cazuri, boala este diagnosticată cu ocazia unei hemoragii.

◆ **Investigaţii**

Bilanţul sangvin arată o scădere a numărului de globule roşii, de plachete şi de globule albe (pancitopenie) şi prezenţa de celule „păroase". Mielograma (analiza la microscop a unei probe de măduvă osoasă prelevată cu ajutorul unui ac de la nivelul sternului) confirmă diagnosticul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt hemoragiile şi infecţiile. Este o boală gravă, dar care evoluează lent. Introducerea unor tratamente noi a ameliorat considerabil durata şi calitatea vieţii bolnavilor.

◆ **Tratament**

Noile medicamente utilizate sînt interferonul alfa şi noi citostatice (pentostatin, cladribină). Uneori este necesară înlăturarea splinei. Infecţiile trebuie tratate rapid şi activ cu antibiotice puternice, întrucît imunitatea organismului este scăzută.

LEUCEMIA LIMFATICĂ CRONICĂ (LLC)

◆ **Definiţie şi cauze**

Cancer al sîngelui care se traduce prin producerea necontrolată de către măduva osoasă a unor globule albe numite limfocite, care invadează în special sîngele, ganglionii şi splina. Cauza este necunoscută, dar unele cazuri sînt familiale.

◆ **Frecvenţă**

Bărbaţii sînt afectaţi puţin mai frecvent decît femeile, iar vîrsta de debut se situează între 60 şi 70 ani.

◆ **Semne şi simptome**

Boala nu se manifestă adesea prin nici un simptom şi este descoperită întîmplător pe o probă de sînge. Semnele cele mai frecvente sînt: mărirea ganglionilor (adenopatii) de la nivelul gîtului, axilelor sau regiunii inghinale, precum şi creşterea în volum a splinei (splenomegalie), care devine palpabilă sub coaste în partea stîngă.

◆ **Investigaţii**

Semnul fundamental este creşterea numărului de limfocite din sînge (limfocitoză), acesta putînd varia între 5 000 şi 300 000/mm^3. Mielograma (analiza la microscop a unei probe de măduvă osoasă prelevată de la nivelul sternului cu ajutorul unui ac) confirmă diagnosticul.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o boală gravă, care antrenează scăderea capacităţilor de apărare ale organismului, care devine mai sensibil la infecţii, în special pulmonare, care pot fi mortale. Factorii de prognostic nefavorabil sînt scăderea numărului de plachete şi de globule roşii, precum şi prezenţa unui număr mare de ganglioni palpabili. Riscul de apariţie a unui al doilea cancer (în special digestiv) este important.

◆ **Tratament**

În formele simple este suficientă supravegherea. În celelalte cazuri se utilizează chimioterapia, eventual completată de administrarea de corticoizi şi

iradierea splinei atunci cînd aceasta este foarte voluminoasă. Orice infecţie trebuie tratată rapid cu antibiotice.

LEUCEMIA MIELOCITARĂ CRONICĂ (LMC)

Definiţie şi cauze

Cancer al sîngelui care se traduce prin producerea necontrolată de către măduva osoasă de globule albe numite leucocite. Cauza este necunoscută, dar radiaţiile constituie în mod sigur un factor favorizant.

Frecvenţă

Bărbaţii sînt afectaţi ceva mai frecvent decît femeile, iar numărul de cazuri creşte cu vîrsta.

Semne şi simptome

Boala nu se manifestă adesea prin nici un simptom evident şi este descoperită întîmplător pe o probă de sînge. Semnele cele mai frecvente sînt: astenia, scăderea în greutate, alterarea stării generale şi creşterea în dimensiuni a splinei, care devine palpabilă sub coaste, în partea stîngă.

Investigaţii

Numărătoarea leucocitelor din sînge arată o creştere foarte importantă a numărului acestora (adesea peste 50 000/mm^3, dar poate atinge 1 000 000/mm^3). Analiza cromozomilor (cariotipul) arată prezenţa unui cromozom anormal numit Philadelphia.

Evoluţie şi complicaţii

Este o boală gravă, a cărei evoluţie se face în trei faze: o fază cronică, o fază de accelerare şi o fază de transformare în leucemie acută. Un scor, indicele Sokal permite evaluarea gravităţii.

Tratament

Chimioterapia şi interferonul alfa permit obţinerea de remisiuni pe perioade destul de lungi. Transplantul de măduvă la bolnavii tineri aflaţi în faza cronică permite obţinerea unei vindecări într-un număr mare de cazuri.

LEUCOENCEFALITA MULTIFOCALĂ PROGRESIVĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune cerebrală caracterizată prin pierderea tecii de grăsime (mielină) care înconjoară nervii şi care permite propagarea influxului nervos. Este determinată de reactivarea unui virus, *Papovavirus JC*, care, după o infecţie iniţială banală, rămîne latent („adormit") la nivelul rinichilor şi atacă persoanele cu imunitate alterată (imunodeprimate), în special în caz de SIDA.

◆ **Frecvenţă**

Foarte rară înainte de epidemia de SIDA. Apare la 3-4% din aceşti bolnavi.

◆ **Semne şi simptome**

Principalele semne sînt reprezentate de un deficit vizual, paralizii (hemiplegie) şi tulburări mentale (demenţă, confuzie etc.).

◆ **Investigaţii**

Tomografia computerizată şi examenul IRM pun în evidenţă leziunile cerebrale. Diagnosticul este confirmat prin analiza la microscop a unui eşantion de ţesut cerebral (biopsie cerebrală).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Este o infecţie care accelerează frecvent evoluţia fatală a SIDA.

◆ **Tratament**

Numeroasele tratamente încercate au rămas pînă în prezent ineficiente.

LEUCOPLAZIA BUCALĂ

Leziune precanceroasă a cavităţii bucale, care se prezintă ca o pată albă rotunjită pe buza inferioară, triunghiulară la nivelul comisurii labiale, îngroşată pe limbă sau cînd este situată în interiorul cavităţii bucale. Afectează cel mai frecvent bărbaţii peste 50 ani, mari fumători; 10% din cancerele cavităţii bucale evoluează pornind de la o leziune de acest tip. Tratamentul include întreruperea fumatului şi aplicarea de vitamina A acidă sau acid retinoic [Airol®]. În caz de dubiu privind un posibil cancer, se impune îndepărtarea leziunii printr-o mică intervenţie chirurgicală.

LEUCOREEA

Leucoreea este o scurgere genitală fără sînge, la femeie. De cele mai multe ori fiziologică („normală"), este numită în mod curent „boala albă". Leucoreea patologică („anormală") se întîlneşte cel mai frecvent în inflamaţiile genitale: ale vaginului (vaginite), ale colului uterin (cervicite), ale interiorului uterului (endometrite) şi ale trompelor uterine (salpingite acute) [A 14]. La fetiţe trebuie ridicată ipoteza unui corp străin în vagin.

LICHENIFICAREA

Acest termen desemnează dezvoltarea exagerată (hiperplazia) a stratului superficial de celule al unei zone de piele sau de mucoasă, ca urmare a scărpinatului continuu. Se dezvoltă de cele mai multe ori pe o boală de piele preexistentă. Pielea este îngroşată, cu accentuarea ridurilor. Zona este cenuşie, albicioasă sau roşie (eritematoasă). Tratamentul cuprinde aplicarea de corticoizi sub formă de cremă sau de pomadă, administrarea de medicamente pentru calmarea mîncărimilor (din familia antihistaminicelor sedative, ca de exemplu: prometazina [Romergan], alimemazina, dexclorfeniramina), precum şi tratamentul bolii preexistente.

LICHENUL PLAN BUCAL

Se prezintă sub forma unei reţele formate din puncte sau papule (zone de mucoasă supradenivelate) albe la nivelul obrajilor şi de pete mai mari la nivelul limbii. Evoluţia se face în puseuri însoţite de roşeaţă în ochiurile reţelei şi uneori eroziuni. Gravitatea sa rezidă în posibilitatea transformării maligne (lichenul plan se întîlneşte la peste 5% din persoanele care dezvoltă un cancer al cavităţii bucale. Tratamentul utilizează vitamina A acidă sau acid retinoic (Airol®) în aplicaţii locale sau corticoizi pe cale generală (pe cale orală) în formele difuze şi rău tolerate.

LICHENUL PLAN CUTANAT

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală cronică a pielii de cauză necunoscută. Leziuni similare sînt uneori provocate de medicamente, de produse industriale, de un traumatism sau de o tulburare a sistemului imun (reacţie la transplantul de măduvă osoasă).

◆ **Frecvenţă**

Afectează în special adulţii, fără predominanţă de sex.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o inflamaţie a pielii, cu erupţie recidivantă care provoacă mîncărimi. Aceasta este alcătuită din mici papule (zone uşor supradenivelate) de culoare violet, în formă de poligoane, care pot conflua în placarde rugoase, cu fîşii care se detaşează (scuame). Adesea sînt prezente leziuni şi la nivelul cavităţii bucale.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea unui mic fragment de piele pentru examinarea la microscop (biopsia) confirmă diagnosticul în caz de dubiu.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Regresia este în general spontană în 12–18 luni, lăsînd o pată pigmentată (colorată) care poate persista mai mulţi ani.

◆ **Tratament**

Tratamentul utilizează corticoizi sub formă de pomadă aplicată local sau de comprimate pe cale orală în caz de leziuni diseminate. Puvaterapia (iradierea pielii cu raze ultraviolete după ingestia de substanţe numite psoraleni) este utilizată în formele recidivante.

LICHENUL SCLERO-ATROFIC AL VULVEI

◆ **Definiţie şi cauze**

Leziune a vulvei [A 14-12] caracterizată prin subţierea pielii şi a mucoasei de la acest nivel (leziuni atrofice).

◆ **Frecvenţă**

Apare la orice vîrstă, dar mai ales după menopauză.

◆ **Semne şi simptome**

La nivelul leziunilor pielea este palidă şi subţire ca pergamentul. Labiile mici sînt atrofice sau adesea dispărute, iar orificiul vulvar este strîmt. Apar mîncărimi

(prurit) şi zgîrieturi provocate de scărpinat. Leziunile se pot extinde la nivelul perineului (regiunea care înglobează organele genitale şi anusul) şi al feţei interne a coapselor.

Investigaţii

Examinarea la microscop a unui fragment de piele prelevat de la nivelul leziunilor (biopsia) permite stabilirea diagnosticului.

Evoluţie şi complicaţii

Tratamentul este lung, dar permite în general o evoluţie satisfăcătoare. Principalul risc este transformarea, din fericire rară (5% din cazuri) în cancer.

Tratament

Constă în aplicarea prelungită (timp de 6–12 luni) de corticoizi sub formă de cremă sau de pomadă. Controlul anual este obligatoriu pentru depistarea unei recăderi şi/sau a unui cancer la debut.

MBA NEAGRĂ VILOASĂ

Inflamaţie a limbii (glosită) caracterizată prin alungirea şi coloraţia neagră a papilelor. Factorii favorizanţi sînt utilizarea prelungită de antiseptice locale, tratamentele antibiotice recente, iritaţiile cronice (fumat ş.a.). Suprimarea cauze şi aplicarea locală de tretinoin (Airol®), completată de perierea zilnică a limbii permit în general regresia semnelor.

MFANGITA ACUTĂ

Definiţie şi cauze

Inflamaţia acută a vaselor limfatice prezente sub piele şi care transportă un lichid incolor (limfa), ce conţine numeroase globule albe, care pătrund în ganglioni şi participă la sistemul de apărare al organismului [A 8]. Este provocată de obicei de germeni din familia streptococilor care pătrund printr-o mică rană, o plagă sau o infecţie (celulită) a unui membru.

Semne şi simptome

Se manifestă ca dîre roşii, neregulate, calde, dureroase la palpare apărînd la periferia membrului şi întinzîndu-se către rădăcina acestuia, cu apariţia unor ganglioni măriţi în volum şi dureroşi la palpare (adenopatii). Febra, frisoanele şi accelerarea pulsului (tahicardia) sînt frecvente.

◆ **Investigaţii**

Analizele sangvine descoperă de obicei o creştere a numărului de leucocite (leucocitoză).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Majoritatea cazurilor răspund rapid la tratament. Este posibilă o extensie a infecţiei către ţesuturile de sub piele (celulită) şi chiar în întregul organism (septicemie).

◆ **Tratament**

Tratamentul antibiotic cît mai precoce reprezintă o urgenţă.

LIMFEDEMUL

◆ **Definiţie şi cauze**

Acumularea de limfă în ţesuturile de sub piele, din cauza blocării sau a distrugerii vaselor limfatice care transportă un lichid incolor provenit din sînge, limfa, conţinînd numeroase globule albe care intră în ganglioni şi participă la sistemul de apărare al organismului [A 8]. Principalele cauze sînt: malformaţii din naştere (manifestările pot să apară la o vîrstă variabilă, avînd uneori un factor declanşator: traumatism, infecţie, sarcină), tratamentul unui cancer prin chirurgie şi radioterapie (sîn sau tumoră abdominală) şi în ţările tropicale, o infecţie cu un parazit, filarioza.

◆ **Frecvenţă**

Este o afecţiune frecventă care afectează o persoană din 10 000, cu o preponderenţă feminină netă.

◆ **Semne şi simptome**

Limfedemul se manifestă printr-o tumefacţie persistentă, albă şi rece, în general nedureroasă (doar senzaţie de greutate şi de apăsare), însoţită de o îngroşare a pielii. Este mai frecvent unilateral, localizat la un segment de membru sau chiar la un membru în întregime. Edemul este uneori foarte important şi invalidant (elefantiazis).

◆ **Investigaţii**

Istoricul bolii şi examenul clinic sînt în general suficiente pentru stabilirea diagnosticului. Ecografia şi tomografia computerizată abdominală vor căuta o even

tuală cauză. Limfografia cu izotopi (injectarea unei substanţe radioactive care trece în limfă şi permite vizualizarea sistemului limfatic cu ajutorul unei camere care înregistrează radiaţiile) poate fi utilă pentru înţelegerea mecanismului în cazurile rare în care poate fi luat în considerare un tratament chirurgical.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Reprezintă o afecţiune benignă, dar care antrenează probleme de ordin estetic. Evoluţia cronică este frecventă, punctată de puseuri cu frecvenţă variabilă. În timp pielea devine indurată, fragilă, sensibilă la infecţii şi se cicatrizează cu dificultate.

◆ **Tratament**

Baza tratamentului o constituie reducerea edemului prin drenaj limfatic şi contenţie (ciorapi elastici, bandaje etc.). Combaterea infecţiilor poate necesita prescrierea de antibiotice pe perioade lungi. Un medicament utilizat de obicei împotriva gutei, colchicina, poate fi util în puseuri.

◆ **Educaţie**

Pacientul trebuie să beneficieze de o informare precisă asupra regulilor de bună utilizare a mijloacelor de contenţie şi asupra regulilor de igienă care permit evitarea infecţiilor şi a rănilor în special prin microtraumatisme (încălţăminte inadecvată etc.).

LIMFOAMELE CUTANATE

Cancere care afectează în principal pielea şi ganglionii limfatici [A 8] caracterizată prin proliferarea necontrolată a unor celule cu originea în anumite globule albe. În esenţă, corespund micozisului fungoid şi sindromului Sézary.

LIMFOAMELE MALIGNE NON-HODGKINIENE

◆ **Definiţie şi cauze**

Grup de cancere caracterizate prin transformarea malignă şi proliferarea necontrolată a celulelor din ţesuturile limfoide, care invadează secundar organismul. Globulele albe numite limfocite iau naştere şi se dezvoltă în organele limfoide, mai ales măduva osoasă, ganglioni limfatici, splină [A 8]. Cauza acestora este necunoscută, dar deficitul sistemelor de apărare ale organismului, numit imunodepresie, reprezintă un factor favorizant.

◆ **Frecvenţă**

Numărul anual de cazuri noi este în creştere constantă. Vîrsta medie la diagnostic se situează între 50 şi 60 ani, dar anumite forme sînt mai frecvente la copil şi adultul tînăr.

◆ **Semne şi simptome**

Primele semne la majoritatea bolnavilor sînt apariţia unor ganglioni măriţi, nedureroşi, care persistă. Celelalte simptome sînt variabile şi depind de localizarea tumorii: tulburări respiratorii sau circulatorii cînd este situată în mediastin (zona dintre plămîni care înconjoară inima), dureri abdominale, leziuni ale pielii, tulburări neurologice în caz de atingere a creierului etc. Două clasificări, Kiel (în funcţie de analiza ţesuturilor) şi Ann-Arbor (în funcţie de localizare) evaluează extensia limfomului.

◆ **Investigaţii**

Prelevarea de ţesut pentru analizarea la microscop (biopsia) permite stabilirea diagnosticului şi precizarea tipului de limfom.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Prognosticul depinde de tipul de limfom şi de alţi factori: extensia tumorii, numărul de localizări în afara ganglionilor etc. În general, ameliorarea şi adaptarea schemelor de tratament au permis în ultimii ani obţinerea vindecării într-un număr important de cazuri.

◆ **Tratament**

Schemele terapeutice depind de tipul de limfom şi de extensia bolii. Chimioterapia asociată cu interferonul constituie tratamentul de primă alegere în majoritatea cazurilor. Radioterapia poate fi utilizată în forme localizate sau în asociere cu chimioterapia. În caz de recădere, autotransplantul de celule prelevate de la nivelul măduvei osoase a bolnavului permite obţinerea de remisiuni prelungite.

LIMFOGRANULOMATOZA VENERIANĂ SAU (VEZI) NICOLAS-FAVRE (BOALA)

LIMFOMUL BURKITT

◆ **Definiție și cauze**

Cancer care afectează în principal ganglionii limfatici [A 8], caracterizat prin proliferarea necontrolată a anumitor globule albe, limfocitele B. Există două forme: forma africană legată de infecția cu virusul Epstein-Barr (EBV) și forma legată de infecția cu virusul care provoacă SIDA (HIV).

Frecvență

Este o afecțiune care atinge în mod clasic copiii africani, cu un vîrf de frecvență în jurul vîrstei de 7 ani. De la apariția SIDA face parte dintre afecțiunile care intră în definiția acestei boli.

Semne și simptome

Forma clasică se manifestă prin apariția unei tumori localizate la nivelul mandibulei, al amigdalelor sau al abdomenului, care crește foarte rapid. Ulterior se produce rapid extensia la toți ganglionii, la măduva osoasă – apariția unei leucemii – și la meninge.

Investigații

Examinarea la microscop a celulelor prelevate cu ajutorul unui ac de la nivelul tumorii permite stabilirea diagnosticului. Bilanțul extensiei bolii cuprinde analiza măduvei osoase (puncție efectuată la nivelul sternului pentru a preleva celule care vor fi analizate la microscop = mielogramă) și a lichidului cefalorahidian (puncție lombară).

Evoluție și complicații

La copil tratamentul permite obținerea vindecării în aproape 90% din cazuri. În SIDA, prognosticul este mai rezervat.

Tratament

Chimioterapie anticanceroasă aplicată în centre specializate.

LIMFOMUL MALIGN CEREBRAL

Definiție și cauze

Tumoră cerebrală rezultată din transformarea malignă și proliferarea unor celule aflate la originea anumitor globule albe. Alterarea mecanismelor de apărare ale organismului, numită deficit imunitar, existentă de la naștere sau apărută în cadrul unei boli (SIDA, transplant de organ) reprezintă un factor favorizant major.

Frecvență

Limfoamele cerebrale reprezintă 1–2% din tumorile cerebrale și aproape același procent din totalul limfoamelor.

Semne și simptome

Semnele clinice revelatoare, asociate într-o proporție mai mare sau mai mică, sînt reprezentate de paralizii, tulburări psihice, convulsii sau dureri de cap însoțite de vărsături și de somnolență (semne de hipertensiune intracraniană).

Investigații

Tomografia computerizată și examenul IRM permit vizualizarea leziunii sau a leziunilor din interiorul creierului. Pentru confirmarea diagnosticului este necesară adesea prelevarea de țesut cerebral pentru analizarea la microscop (biopsie). Analiza lichidului cefalorahidian obținut prin puncție lombară permite detectarea unei afectări a meningelor.

Evoluție și complicații

Este o boală gravă al cărei prognostic rămîne sever chiar dacă există adesea un răspuns inițial bun la tratament.

Tratament

Tratamentul asociază administrarea de corticoizi, radioterapia și chimioterapia (exceptînd SIDA, în care chimioterapia riscă să agraveze deficitul imunitar).

LIMFORETICULOZA BENIGNĂ DE INOCULARE SAU (VEZI) BOALA GHEARELOR DE PI[illegible]

LIPOMUL

Tumoră benignă frecventă, formată dintr-o bulă de grăsime. Este vorba de-pre o masă tumorală care apare [illegible] moale, rotunjită, compresibilă [illegible] nedureroasă, putînd atinge [illegible] mari (pînă la 20 cm). [illegible]

variabilă. Tratamentul este necesar dacă tumora provoacă disconfort şi constă în îndepărtarea acesteia printr-o mică intervenţie chirurgicală.

LIPOTIMIA

Termen imprecis care desemnează o stare de rău cu pierderea incompletă a conştienţei. Debutul este progresiv cu transpiraţii, anxietate, paloare, vîjîituri în urechi şi cădere, care nu provoacă în general traumatisme, întrucît persoana afectată o presimte şi se fereşte pentru a nu se răni. Pulsul este lent şi tensiunea arterială scăzută. Circumstanţele sînt tipice: atmosferă caldă, recoltare de sînge, durere sau emoţie, stat prelungit în picioare, perioada de după o masă. Semnele regresează în cîteva minute, cu revenirea la o stare complet normală.

LISTERIOZA

◆ **Definiţie şi cauze**
Boală infecţioasă provocată de o bacterie, *Listeria monocytogenes*, comună omului şi multor animale, fiind larg răspîndită în mediu. Transmiterea se face în special pe cale alimentară (brînzeturi, produse de carmangerie etc.) şi de la mamă la făt afectînd nou-născutul (forma neonatală).

◆ **Frecvenţă**
Puţin frecventă. Persoanele cu risc sînt în primul rînd femeile însărcinate, persoanele vîrstnice şi cele cu imunitate scăzută, numite imunodeprimate (SIDA, sub chimioterapie pentru cancere, diabetici etc.). Este una dintre principalele infecţii ale nou-născutului. Face parte din bolile de declarare obligatorie (din 1998), ceea ce permite contabilizarea exactă a numărului de cazuri. În ciuda mediatizării acestei boli, trebuie totuşi ţinut cont de faptul că ameliorarea condiţiilor de igienă şi de control al alimentaţiei a antrenat o scădere continuă a numărului de cazuri în ultimele decenii.

◆ **Semne şi simptome**
În general, la adult, se manifestă ca o banală „gripă“. La persoanele sensibile, în special vîrstnici, poate lua forma unei meningite sau a unei septicemii (infecţie generalizată a organismului).
La femeia însărcinată, infecţia se poate traduce prin avort, naştere prematură, suferinţa sau moartea fătului în uter. La nou-născut se constată: un lichid amniotic modificat, septicemie gravă, cu meningită, un eventual sindrom de detresă respiratorie la naştere.

◆ **Investigaţii**
Identificarea germenelui se face în sînge, în lichidul cefalorahidian şi în placentă. Există de asemenea posibilitatea de detectare a anticorpilor în sînge (serodiagnostic).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**
În forma cu meningită sau septicemie la adult, este vorba despre o boală gravă care poate lăsa sechele neurologice putînd fi chiar mortală. La nou-născut, mortalitatea este de asemenea crescută, în ciuda tratamentului corect aplicat.

◆ **Tratament**
Constă în administrarea de antibiotice (amoxicilină asociată cu o substanţă din familia aminoglicozidelor, de exemplu gentamicina).

◆ **Prevenţie şi educaţie**
Dincolo de măsurile de control sanitar, se recomandă persoanelor cu risc, în special femeilor însărcinate, să nu consume brînzeturi din lapte nefiert, produse de carmangerie artizanale, legume crude sau puţin preparate termic. În plus, orice infecţie care sugerează o listerioză în timpul sarcinii trebuie tratată cu amoxicilină.

LITIAZA BILIARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**
Prezenţa de calculi în vezica sau în căile biliare [A 12]. Formarea acestor calculi este determinată de prezenţa în bilă a unor cantităţi excesive de colesterol sau de bilirubină (pigment care colorează bila).

◆ **Semne şi simptome**
Se estimează că 15% dintre adulţi prezintă calculi biliari, în cea mai mare parte fără simptome. Femeile sînt mai frecvent afectate decît bărbaţii. Principalii factori de risc sînt ereditatea, obezitatea, dia-

betul, unele medicamente (în special pilulele contraceptive) şi sarcinile numeroase.

◆ **Semne şi simptome**

Atunci cînd prezenţa calculului se manifestă, aceasta declanşează o durere brutală sub coaste în partea dreaptă, care iradiază adesea în spate şi spre umărul drept. Se vorbeşte în acest caz de colică biliară, care atinge paroxismul în 15–60 minute şi ulterior regresează în 1–6 ore. Palparea acestei zone de către medic reproduce durerea (semnul Murphy).

◆ **Investigaţii**

Calculii care au încorporat calciu sînt vizibili pe radiografia abdominală (dar sînt numeroşi cei care sînt transparenţi, fiind formaţi numai din colesterol), dar ecografia rămîne examenul de primă alegere pentru stabilirea diagnosticului. O explorare specializată permite în acelaşi timp confirmarea diagnosticului şi evacuarea calculilor blocaţi în conductul coledoc, care duce bila de la ficat şi vezicula biliară, la intestin: este vorba despre colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP = introducerea pe gură a unui tub prevăzut cu un sistem optic, care ajunge pînă la nivelul zonei de deschidere a coledocului în intestin şi care prezintă un mic bisturiu pentru a tăia muşchiul care închide canalul şi a permite evacuarea calculului).

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt provocate de migrarea calculilor şi de obstrucţia căilor biliare: inflamaţia veziculei biliare (colecistită acută), infecţia bilei ca urmare a blocării scurgerii sale de către un calcul (angiocolită), inflamaţia pancreasului prin blocarea de către un calcul a canalului comun de evacuare a bilei şi a secreţiilor pancreatice în intestin (pancreatită).

◆ **Tratament**

Chirurgia rămîne tratamentul de elecţie (colecistectomie): este vorba despre o intervenţie simplă şi foarte des practicată (prima intervenţie chirurgicală ca număr în Franţa), care se efectuează din ce în ce mai des prin laparoscopie, adică fără a deschide abdomenul, ci introducînd instrumentele prin mici orificii realizate în peretele abdominal. Tratamentul cu medicamente care dizolvă calculii poate fi utilizat la vîrstnici, asociat sau nu cu litotriţia (distrugerea calculilor prin fascicul de ultrasunete).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Persoanele care se ştiu purtătoare de calculi trebuie să evite factorii declanşatori ai crizei, cum ar fi: mesele copioase şi bogate în grăsimi, alcoolul şi stresul. Cel mai bun mijloc de prevenţie după o criză şi în prezenţa a numeroşi calculi în vezicula biliară este îndepărtarea acesteia. Într-adevăr, se poate trăi foarte bine fără veziculă biliară, dacă se evită excesele alimentare.

LITIAZA SALIVARĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Prezenţa unor calculi care obstruează canalul unei glande salivare [A 12(2)]. Glanda submandibulară (situată sub mandibulă) este afectată de cinci ori mai frecvent decît glanda parotidă (situată sub ureche), în timp ce afectarea glandei sublinguale (situată sub limbă) este excepţională. Cauzele sînt: precipitarea sărurilor de calciu, favorizată de prezenţa unui număr mare de bacterii şi dificultăţile de evacuare a salivei, care provoacă stagnarea acesteia în glande (în caz de îngustare, spasm sau inflamaţie a canalului).

◆ **Frecvenţă**

La adult, este cea mai frecventă dintre afecţiunile salivare. La copil, se situează pe locul al doilea după oreion (infecţie a glandelor parotide provocată de un virus).

◆ **Semne şi simptome**

Boala se trădează în special prin accidente care constau în blocarea bruscă a scurgerii salivei. Poate fi vorba fie despre un episod nedureros cu tumefacţie la nivelul canalului de excreţie al unei glande, apărută după masă şi dispărînd spontan cu senzaţia unei scurgeri abundente de salivă, fie de o colică salivară cu durere intensă şi brusc apărută şi care dispare tot brusc. În alte cazuri, este vorba despre o complicaţie infecţioasă cu formarea unui

abces în cavitatea bucală sau sub mandibulă.

◆ **Investigaţii**

Litiaza poate fi simţită la palpare în cavitatea bucală. Radiografiile, în special după injectarea în canalul glandei a unei substanţe care opacifiază saliva (sialografia), permit localizarea şi vizualizarea obstrucţiei.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principala complicaţie este deschiderea la nivelul pielii a unui eventual abces cu scurgerea de puroi, numită fistulizare.

◆ **Tratament**

Tratamentul medical apelează la medicamente care stimulează secreţia de salivă (tinctură de Jaborandi, anetoltritionă), la antispastice şi la antibiotice în caz de infecţie. În caz de eşec, se recurge la tratamentul chirurgical sau eventual la litotriţie (distrugerea unui calcul cu un fascicul de ultrasunete).

LITIAZĂ RENALĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Calcul urinar situat în majoritatea cazurilor la nivelul unui rinichi sau al unui ureter (conduct care duce urina de la rinichi spre vezica urinară) [A 13]. Cauza rămîne neclară, dar au fost identificaţi o serie de factori favorizanţi: obstacol în calea scurgerii urinei, infecţii urinare, supraîncărcare cu calciu (boală renală sau hormonală, în special hiperparatiroidismul) sau cu acid uric (reziduu metabolic din organism care poate fi crescut în anumite boli ereditare ale metabolismului sau prin consum excesiv al anumitor alimente precum ficat, rinichi, creier, sardele sau heringi).

◆ **Frecvenţă**

În fiecare an, 100 000–200 000 persoane prezintă o complicaţie legată de un calcul urinar.

◆ **Semne şi simptome**

În numeroase cazuri, calculii nu se manifestă. Alteori, tabloul clinic clasic este cel al [illegible], caracterizată prin apariţia unor dureri legate de obstrucţia de către calcul, a scurgerii urinei. Uneori pot apărea dureri mai vagi asociate cu prezenţa de sînge în urină

◆ **Investigaţii**

Radiografia abdominală permite vizualizarea calculilor atunci cînd aceştia conţin calciu. Ecografia este examenul fundamental pentru diagnostic; este completată de urografia intravenoasă (vizualizarea rinichilor, a căilor şi a vezicii urinare prin injectarea în vene a unei substanţe care opacifiază urina secretată de rinichi). Bilanţul sangvin analizează răsunetul calculului sau al calculilor asupra funcţiei renale şi este orientat spre detectarea unei eventuale cauze (dozarea calciului, fosforului, acidului uric; căutarea unei infecţii cu ajutorul examenului citobacteriologic al urinei; evaluarea pH-ului urinar, întrucît aciditatea favorizează formarea calculilor etc.). Analiza calculilor eliminaţi sau extraşi permite determinarea compoziţiei acestora.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Principalele complicaţii sînt infecţia şi răsunetul asupra funcţiei renale, cu distrugerea rinichiului, care poate duce în cazuri extreme (rinichi unic, mai ales) la insuficienţă renală. Evoluţia este punctată de recidive frecvente (un nou episod pentru jumătate din pacienţi în următorii patru ani).

◆ **Tratament**

În afara tratamentului colicii renale, mijloacele de evacuare a calculilor, atunci cînd aceştia nu se elimină spontan, sînt litotriţia extracorporală (distrugerea calculului cu ajutorul ultrasunetelor), extragerea calculului cu ajutorul unei sonde introduse prin căile naturale, nefrolitotomia percutană (extragerea calculului prin puncţia cavităţilor renale pe cale lombară) sau chirurgia clasică (devenită din ce în ce mai rară).

◆ **Prevenţie şi educaţie**

Mijloacele de prevenţie depind de tipul de calcul: creşterea volumului de urină, alcalinizarea prin consumul de apă de Vichy (dizolvarea calculilor de acid uric, a căror formare este favorizată de aciditatea urinei), măsuri dietetice (reducerea consumului de alimente bogate în calciu sau în acid uric), tratarea infecţiilor.

LOAZA

Definiţie şi cauze

Boală provocată de un parazit, vierme rotund din familia filariilor, numit *Loa-Loa*. Transmiterea acestuia se face prin înţepătura unui tăun care infectează sîngele injectînd larvele viermelui, numite microfilarii. Larvele cresc ulterior, transformîndu-se în viermi de 2–7 cm lungime, care se deplasează în permanenţă pe sub piele şi conjunctiva oculară.

Frecvenţă

Este prezentă în Africa centrală, Gabon, Camerun şi Congo.

Semne şi simptome

Semnul caracteristic este edemul de Calabar: zone de tumefacţie fugace, însoţite de mîncărimi, care dispar în 24 ore şi sînt localizate la nivelul articulaţiei pumnului, al feţei şi al toracelui. Pătrunderea viermelui pe sub conjunctiva oculară este impresionantă, dar benignă: ea provoacă lăcrimare, tumefacţie, mîncărimi şi intoleranţă la lumină; deplasarea pe sub piele se manifestă printr-un cordon roşu care produce mîncărimi şi înaintează cu circa 1 cm/min.

Investigaţii

Ca în majoritatea infecţiilor cu paraziţi, analiza sîngelui arată o creştere a numărului de globule albe numite eozinofile Paraziţii sînt identificaţi în probele de sînge recoltate la mijlocul zilei.

Evoluţie şi complicaţii

În lipsa tratamentului şi după cîţiva ani de evoluţie, se poate produce infecţia anumitor organe (meninge = meningită, înveliş intern al inimii = endocardită, rinichi = nefropatie).

Tratament

Medicamentele antiparazitare eficiente sînt ivermectinul şi dietilcarbamazina.

Prevenţie şi educaţie

Prevenţia implică purtarea de haine lungi în timpul plimbărilor prin pădurile sau pe malurile rîurilor africane unde trăiesc tăunii care transmit parazitul.

LOBSTEIN (BOALA) SAU BOALA OASELOR DE STICLĂ SAU OSTEOPSATIROZA

Boală ereditară caracterizată printr-o fragilitate deosebită a oaselor, legată de o tulburarea în alcătuirea arhitecturii osului, formată din proteine. Transmiterea este dominantă, adică este suficient ca unul dintre părinţi să transmită gena defectă pentru ca boala să apară la copil (jumătate din copii sînt, deci, afectaţi). Ea se manifestă din prima copilărie prin fracturi ale oaselor care apar la cel mai mic traumatism, prin deformarea craniului (consecutivă subţierii osului) şi coloraţia albastră a sclerelor (învelişul extern al ochilor). Tulburarea se atenuează sau dispare în adolescenţă, dar constituie adesea cauza unui nanism.

LOCKED-IN SYNDROME

Leziune neurologică afectînd o parte a creierului numită bulb, situată posterior, înainte de porţiunea iniţială a măduvei spinării. Pacientul prezintă o paralizie generalizată, este conştient, dar nu poate să comunice decît uneori prin intermediul unor mişcări oculare codificate.

LÖFFLER (SINDROMUL)

Inflamaţie benignă a plămînilor, de origine alergică, asociată cu o creştere importantă a numărului de globule albe numite eozinofile. Cauza este adesea o infecţie cu un parazit care tranzitează diferitele organe, în special plămînii. Semnele sînt reduse ca importanţă: tuse, expectoraţie, respiraţie şuierătoare similară celei dintr-o criză de astm etc. Radiografia pulmonară arată modificări care regresează în una pînă la patru săptămîni. Tratamentul este cel al infecţiei parazitare în cauză.

LOJĂ (SINDROMUL DE) (VEZI SINDROMUL DE LOJĂ)

LOMBOSCIATICA (VEZI SCIATICA)

LUCITA ESTIVALĂ BENIGNĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Reacţie a pielii la expunerea solară („alergia solară de vacanţă") a cărei cauză este necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Afectează aproape 10% din populaţia adultă, cu o predilecţie pentru femeile tinere (90% din cazuri). Apare la 2–3 zile după o expunere intensă la soare sau o şedinţă la solar.

◆ **Semne şi simptome**

Apare o erupţie acută care produce mîncărimi intense, atingînd în special decolteul, umerii şi membrele. Aceasta este alcătuită din mici placarde supradenivelate (papule) de piele roşie şi mici bule pline cu lichid (vezicule).

◆ **Investigaţii**

Nu este necesară nici o analiză anume pentru stabilirea diagnosticului: istoricul şi aspectul leziunilor sînt suficiente.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Semnele regresează în general în 5–15 zile. Lucita recidivează în fiecare an, în general agravîndu-se (apariţie mai precoce, la expuneri moderate, cu extinderea suprafeţei de corp afectate).

◆ **Tratament**

În faza acută, tratamentul cuprinde aşezarea la umbră, protecţia vestimentară şi utilizarea de lapte hidratant. Tratamentul preventiv utilizează carotenoizii (Phenoro®, Photoderm® comprimate), acidul para-aminobenzoic, hidroxiclorochina (Plaquenil®) şi nicotinamida. Puvaterapia (utilizarea de raze ultraviolete şi psoraleni) este rezervată formelor rezistente.

◆ **Prevenţie şi educaţie**

În caz de expunere la soare trebuie aplicate sistematic creme cu „ecran total".

LUMBAGO

◆ **Definiţie şi cauze**

Durere în regiunea joasă a spatelui (lombară) cu apariţie bruscă, declanşate cel mai frecvent de un banal efort de ridicare. Cauza este de cele mai multe ori necunoscută.

◆ **Frecvenţă**

Este una dintre cele mai frecvente afecţiuni. La persoanele vîrstnice, este vorba cel mai adesea de o tasare vertebrală secundară osteoporozei.

◆ **Semne şi simptome**

Durerea este intensă, exacerbată de cel mai mic efort, declanşată şi accentuată de tuse, calmată de imobilizarea completă. Coloana vertebrală lombară este rigidă, cel mai frecvent cu o deviaţie laterală (atitudine care calmează durerea).

◆ **Investigaţii**

Radiografiile sînt inutile în formele simple.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Regresia este spontană în cîteva zile, dar evoluţia cronică este posibilă (fond dureros permanent sau recidive în accese).

◆ **Tratament**

Cuprinde repausul, administrarea de medicamente contra durerilor (analgezice), antiinflamatorii şi medicamente care relaxează muşchii (miorelaxante, ca de exemplu tetrazepam [Myolastam®, Relaxam®].

◆ **Prevenţie şi educaţie**

În forma cronică educaţia privind protejarea şi solicitarea corectă a coloanei vertebrale, predată de numeroşi kinetoterapeuţi, este esenţială.

LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC SAU BOALA LUPICĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală inflamatorie care afectează numeroase organe. Se caracterizează prin lezarea ţesutului conjunctiv (care serveşte drept reţea de susţinere a organelor), considerat de către organism un element străin de care trebuie să se apere: de aceea se vorbeşte de boală autoimună, care corespunde unei activări a imunităţii – a sistemelor de apărare – împotriva propriului organism. Cauza este necunoscută, exceptînd formele care pot fi induse de anumite medicamente (10% din cazuri).

◆ **Frecvenţă**

Numărul de cazuri noi pe an în Franţa este de cîteva mii. Lupusul afectează 9 femei la un bărbat, cu o vîrstă de debut între 20 şi 30 ani.

◆ Semne şi simptome

Prezentarea bolii este foarte variabilă de la o persoană la alta. Ea începe de obicei prin afectarea articulaţiilor (poliartrită) şi/sau a pielii (roşeaţă sau eritem al feţei, caracteristic, în „aripi de fluture"). Leziunile anumitor organe pot fi de la început grave. Rinichii sînt afectaţi în mai mult de jumătate din cazuri (afectare variabilă a funcţiei acestora, putînd merge pînă la insuficienţă completă). Pot fi afectate de asemenea creierul (crize convulsive, tulburări psihice), inima (inflamaţia învelişului [pericardită] sau a muşchiului cardiac [miocardită]) şi vasele (formarea de cheaguri [tromboze] în vene sau în artere), plămînii (inflamaţia pleurei [pleurezie]), precum şi sîngele (scăderea numărului de globule şi de plachete), ganglionii şi splina (creşterea volumului acestora).

◆ Investigaţii

Testul de diagnostic este identificarea anticorpilor antinucleari. Prelevarea unui mic fragment de ţesut renal pentru examinarea la microscop (biopsia) apreciază evoluţia bolii.

◆ Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia se face în puseuri întrerupte de perioade de remisiune cu durată variabilă (de la cîteva luni la cîţiva ani). Sarcina şi perioada de după naştere favorizează puseurile; avorturile spontane sînt frecvente. Formele cutanate sau articulare sînt benigne. Tratamentul permite limitarea duratei puseurilor. Principalele complicaţii sînt legate de lezarea anumitor organe, în special a rinichilor.

◆ Tratament

În funcţie de formă, tratamentul utilizează medicamentele antiinflamatorii (hidroxiclorochină = Plaquenil® sau clorochină), precum şi corticoizii şi imunosupresoarele (medicamente care scad imunitatea, adică deprimă mijloacele de apărare ale organismului) în caz de afectare a organelor interne.

◆ Prevenţie şi educaţie

În unele cazuri, modificările cutanate sînt induse de soare şi protecţia solară este indispensabilă. Dermatologul va înmîna pacientului o listă de produse si medicamente numite fotosensibilizante, adică avînd proprietatea de a face pielea mai sensibilă la soare. Orice sarcină la o femeie afectată de lupus necesită supraveghere strictă.

LUXAŢIA CONGENITALĂ DE ŞOLD

◆ Definiţie şi cauze

Instabilitate a şoldului care permite capului femural să iasă parţial sau complet din cavitatea articulaţiei de la nivelul bazinului, numită cotil [A 1]. Este posibilă o predispoziţie genetică. Alţi factori favorizanţi sînt: prezentaţia pelviană la naştere şi poziţia anormală a fătului în uter în cursul sarcinii.

◆ Frecvenţă

Frecvenţa este estimată la aproape 1/100 naşteri.

◆ Semne şi simptome

Căutarea acestei anomalii este obligatorie la toţi nou-născuţii. Medicul caută limitarea depărtării coapsei flectate la 90° (mişcarea de abducţie), un semn al resortului la manevra Ortolani (depărtarea apoi apropierea coapsei în căutarea unei senzaţii de resort) un semn al pistonului la manevra Barlow (o mînă apucă bazinul şi cealaltă porţiunea mijlocie a coapsei apoi, răsucind pumnul într-un sens şi în celălalt se încearcă scoaterea şi reintroducerea capului femural din cotil).

◆ Investigaţii

În primele luni, ecografia este examenul de primă alegere. După vîrsta de 3-4 luni, radiografia de bazin este indicată în caz de dubiu.

◆ Evoluţie şi complicaţii

Evoluţia se poate face spontan spre vindecare în lipsa tratamentului, totuşi principalul risc este dezvoltarea anormală a articulaţiei care poate antrena o artroză precoce a şoldului (coxartroză). Tratamentul este dificil, dar eficient.

◆ Tratament

Mijloacele utilizate vizează reducerea luxaţiei şi stabilizarea articulaţiei. Este vorba despre înfăşarea în abducţie (cu

picioarele depărtate) sau despre hamul Pavlik, menţinute pînă la vindecare, care necesită în general 3–6 luni.

◆ **Prevenţie**

Prevenţia constă în căutarea sistematică a acestei afecţiuni la orice examinare a nou-născutului, de la naştere pînă la 6 luni, mai ales în caz de antecedente în familie.

LYELL (SINDROMUL) SAU EPIDERMOLIZA BULOASĂ TOXICĂ ACUTĂ

◆ **Definiţie şi cauze**

Afecţiune cutanată care poate fi mortală, caracterizată prin dezlipirea pielii în lambouri mari. Cauza cea mai frecventă este medicamentoasă (forma gravă a toxidermiei medicamentoase), dar într-un anumit număr de cazuri originea nu poate fi descoperită. Medicamentele cel mai frecvent implicate sînt antiinflamatoarele nesteroidiene, penicilina, sulfamidele, barbituricele, fenitoina (Phenhydan®, Fenitoin) şi alopurinolul. Intervalul dintre apariţia semnelor şi administrarea medicamentului este de 7–21 zile.

◆ **Frecvenţă**

Afecţiune rară. Femeile sînt afectate de două ori mai frecvent decît bărbaţii şi nici o grupă de vîrstă nu este exclusă.

◆ **Semne şi simptome**

Debutul se caracterizează prin febră însoţită de o erupţie dureroasă, care se transformă în 2–3 zile în bule, cu zone de dezlipire a epidermei (stratul superficial al pielii), care dau pacientului aspectul unui ars. Poate fi afectată toată pielea, mai puţin pielea păroasă a capului. Mucoasele sînt de asemenea afectate (ulceraţii).

◆ **Investigaţii**

Istoricul bolii şi aspectul leziunilor sînt suficiente de cele mai multe ori pentru stabilirea diagnosticului. Examinarea la microscop a unui fragment de piele prelevat de la nivelul leziunilor poate fi utilă în caz de dubiu.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Complicaţiile sînt aceleaşi ca şi pentru o arsură întinsă: pierdere de apă şi de săruri prin „evaporare", întrucît pielea nu îşi mai îndeplineşte rolul de barieră de protecţie; infecţii etc. Este o afecţiune gravă care poate fi mortală.

◆ **Tratament**

Administrarea medicamentelor suspecte trebuie întreruptă imediat. Spitalizarea trebuie făcută într-un serviciu de terapie intensivă, iar tratamentul este acelaşi cu cel al unui pacient cu arsuri grave.

LYME (BOALA) SAU BORELIOZA

◆ **Definiţie şi cauze**

Boală infecţioasă provocată de o bacterie din familia spirochetelor, *Borrelia burgdorferi*, transmisă la om prin înţepătura de căpuşă. Intervalul dintre contaminare şi declanşarea bolii (perioada de incubaţie) este de 7 zile (în general înţepătura este nedureroasă şi trece neobservată).

◆ **Frecvenţă**

Lucrătorii forestieri şi vînătorii sînt expuşi în mod deosebit.

◆ **Semne şi simptome**

Evoluţia se face în trei stadii:

1. Stadiul primar: zonă de roşeaţă centrată pe punctul de înţepătură şi care se întinde spre margini (eritem cronic migrator), însoţită de un fel de „gripă" (febră cu dureri musculare).

2. Stadiul secundar: apariţia, la cîteva săptămîni pînă la cîteva luni de la înţepătură, a unor tulburări neurologice (meningită, paralizii ale nervilor cranieni), a unor dureri articulare, puseuri de roşeaţă a pielii sau tulburări cardiace (inflamaţia învelişului care înconjoară inima = pericardită, tulburări ale excitaţiei electrice a inimii).

3. Stadiul terţiar: apariţia, cîteva luni sau ani mai tîrziu, a unor leziuni ale articulaţiilor, ale pielii (boala Pick-Herxheimer, limfocitomul cutanat benign) sau neurologice care evoluează în puseuri.

◆ **Investigaţii**

Evidenţierea anticorpilor în sînge (serodiagnosticul) dă un indiciu, dar există reacţii încrucişate cu alte infecţii.

◆ **Evoluţie şi complicaţii**

Tratamentul antibiotic permite vindeca-

rea rapidă atunci cînd este instituit în stadiul primar. În celelalte cazuri este mai puţin eficient, iar complicaţiile neurologice sau cardiace pot lăsa sechele.

Tratament

Se bazează pe administrarea de antibiotice adecvate în funcţie de stadiul bolii la diagnostic: amoxicilină, ceftriaxonă sau doxiciclină în caz de alergie la peniciline. Tratamentul sistematic cu amoxicilină este recomandat la femeia însărcinată în caz de înţepătură de căpuşă.

Prevenţie şi educaţie

Măsurile de protecţie constau în purtarea de haine lungi (şi în special de încălţăminte înaltă), utilizarea de substanţe care îndepărtează insectele şi examinarea atentă a corpului la întoarcerea de la o plimbare prin pădure pentru a descoperi şi îndepărta căpuşele (desprinderea precoce utilizînd spre exemplu o picătură de ulei alimentar pentru a o adormi, limitează probabilitatea de transmitere a infecţiei).

ULTIMELE APARIȚII

Martin Cruz Smith	URMĂRIRE LA CERNOBÎL	29, 90
Nora Roberts	FĂRĂ LIMITE	34, 90
	AGENȚIA FERICIRII	34, 90
Tudor Vianu	ESTETICA	20, 70
	ARTA PROZATORILOR ROMÂNI	22, 43
B. Blech	CODUL LUI MICHELANGELO	29, 90
Vladimir Volkoff	COMPLOTUL	29, 90
Leon Berger	TRĂDARE LA KREMLIN	32, 90
Martin Monestier	ISTORIA ILUSTRATĂ A EXECUȚIILOR CAPITALE	43, 90
Colectiv	100 DE MARI BĂTĂLII DIN ISTORIA ROMÂNIEI	41, 90
Colectiv	100 TEME DE CULTURĂ GENERALĂ	44, 90
Josephine Cox	SFÂRSITUL CĂLĂTORIEI	29, 90
Amanda Quick	COMOARA DE AMETIST	32, 90
Nora Roberts	JURNALELE UNEI PROSTITUATE DE LUX	29, 90
Iris Johanson	DATORIE ŞI ONOARE	29, 90
Ely Star	MISTERELE ASTROLOGIEI EGIPTULUI ANTIC	29, 90
N. Somerville	PERECHEA IDEALĂ DUPĂ ZODIACUL CHINEZESC	10, 00
Colectiv	CODUL PENAL ACTUAL PE ÎNȚELESUL TUTUROR	39, 90
Sanda Marin	CARTE DE BUCATE	13,00
Susan Sontag	LADY HAMILTON	34, 90
Madsen Piric	101 MARI FILOZOFI	29,90
Axel Munthe	CARTEA DE LA SAN MICHELE	31,90
Giovanni Papini	VIAȚA LUI ISUS	15,00
***	BIBLIA	18,00

CĂRȚI ÎN CURS DE APARIȚIE

Vladimir Volkoff	ORFANII ȚARULUI
Traian Tandin	CRIME COMISE DE PSIHOPAȚI
Giorgio Bertolizio	BOLILE, ERORILE ȘI PĂCATELE UNOR MARI FILOSOFI
Cezar Gherasim	MICA ENCICLOPEDIE DE GEOGRAFIE LAROUSSE
George Frankl	FUNDAMENTELE MORALITĂȚII
Ana Maria Nistor	100 CELE MAI FRUMOASE PIESE DE TEATRU ALE LUMII
Amanda Quick	BLESTEMUL
	OTRAVA PERFECTĂ
Hannah Pakula	REGINA MARIA - - ULTIMA ROMANTICĂ
Nora Roberts	MESAJE INCENDIARE
George Flankel	FUNDAMENTELE MORALITĂȚII
Gayle Linds	CARTEA SPIONILOR
Franco Cuomo	MARI PROFEȚII
Petre Otu	100 MARI PERSONALITĂȚI POLITICE ȘI MILIARE ALE ROMÂNIEI MODERNE
Emanuel Bădescu	100 CELE MAI IMPORTANTE EVENIMENTE DIN ISTORIA ROMÂNIEI MODERNE
Colleen McCullough	PASĂREA SPIN
Daphne Du Maurier	REBECCA
Erich Segal	LOVE STORY

„1000 DE BOLI PE ÎNȚELESUL TUTUROR" este o carte de cultură medicală care nu poate lipsi din biblioteca familiei! Lucrarea oferă informații despre un mare număr de boli,frecvente sau mai rare, ce sunt prezentate în ordine alfabetică, pentru a fi uşor de identificat.

Explicațiile simple şi accesibile tuturor, ce caracterizează prezentarea fiecărei boli (definiție, cauze, frecvență, semne şi simptome, teste de diagnostic, evoluții şi complicații, tratament, prevenție şi educație), fac din această carte o indispensabilă enciclopedie medicală de familie.

Grație ei, se pot foarte uşor recunoaşte simptomele, urmări desfăşurarea unor tulburări sau boli ale corpului uman, pentru a şti când este cazul să fie consultat medicul şi demarate investigațiile medicale în vederea aplicării măsurilor ce se impun.

Această carte conține informații de ultimă oră, oferite de progresele realizate în cercetarea ştiințifică şi în identificarea unor noi metode de diagnostic şi tratament.

EDITURA ORIZONTURI